

Rapport

LA TRANSIDENTIFICATION DES MINEURS

Mars 2024

LES ANNEXES



TABLE DES MATIERES

ANNEXES

N°1 Allemagne : rapport en date du 19 octobre 2023	5
N°2 Article co-signé par David Cohen et Agnès Condat – juin/septembre 2023	23
N°3 Equipe Robert Debré, Pr Laetitia Martinerie : deux articles transmis	51
N°4 Enjeux étiques de l'accompagnement des enfants et des adolescents et adolescents trans ou en questionnements : articulation à la santé reproductive	63
N°5 Jean Chambry, article paru le 20 juillet 2023	69
N°6 Texte par Magali PIGNARD	73
N°7 Equipe pluridisciplinaire de l'hôpital Necker enfants malades, Service Endocrinologie, Diabétologie et Gynécologie Pédiatriques & Chirurgie Viscérale de Paris	85
N°8 Chapitre du livre de Christian Flavigny	101
N°9 Lisa Littman, USA	125
N°10 Références indiquées par Michaël BIGGS dans son texte	135
N°11 Riittakerttu Kaltiala : Bibliographie communiquée lors de l'audition	147
N°12 Texte de l'audition de José Errasti, professeur de psychologie à l'Université d'Oviedo	151
N°13 Texte de Silvia CARRASCO	155
N°14 SOS éducation : Lettre au rectorat de parents	167
N°15 Article Olivia Sarton, juriste	170

ANNEXES

Annexe n°1

N°1 Allemagne : rapport en date du 19 octobre 2023

Ce rapport émane des «Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages», soit des «services scientifiques du Bundestag allemand» dont il est écrit qu'ils «soutiennent les membres du Parlement allemand dans le cadre de leur mandat». Ce rapport est rattaché au « Domaine : Santé, famille, personnes âgées, femmes et jeunesse » et il est publié dans le cadre d'un projet qui réfléchit à une loi sur l'auto-détermination en matière d'inscription du sexe («Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag»)

Son titre est : «Interdictions légales des bloqueurs de puberté à l'étranger»

Cf. ci-dessous



Deutscher Bundestag
Services scientifiques

État des lieux

Interdictions légales des bloqueurs de puberté à l'étranger

Interdictions légales des bloqueurs de puberté à l'étranger

Référence du dossier : WD 9 - 3000 - 064/23
Conclusion du travail : 18.10.2023
Département : WD 9 : Santé, Famille, Personnes âgées, Femmes et Jeunesse

Les services scientifiques du Bundestag allemand assistent les membres du Bundestag allemand dans leurs activités liées à leur mandat. Leurs travaux ne reflètent pas l'opinion du Bundestag allemand, d'un de ses organes ou de l'administration du Bundestag. Ils relèvent de la responsabilité professionnelle de leurs auteurs et de la direction du service. Les travaux des services scientifiques ne reflètent que l'état actuel au moment de la rédaction du texte et constituent un travail de commande individuel pour un député du Bundestag. Les travaux peuvent contenir des informations soumises au règlement sur la protection du secret du Bundestag, des informations protégées ou d'autres informations ne se prêtant pas à la publication. Toute transmission ou publication envisagée doit être signalée au préalable au service concerné et n'est autorisée qu'avec indication de la source. Le domaine spécialisé conseille sur les questions à prendre en compte.

Table des matières

1.	Situation de départ	4
2.	Étranger européen	8
2.1.	Pays qui autorisent l'administration de bloqueurs de puberté interdire en principe	8
2.2.	Pays autorisant l'administration de bloqueurs de puberté sous certaines conditions	11
3.	États-Unis et Canada	12
3.1.	États américains interdisant l'administration de bloqueurs de puberté	14
3.2.	États américains où des efforts ont été faits pour adopter une loi d'interdiction	15
3.3.	Alertes gouvernementales sur l'administration de bloqueurs de puberté au Canada	17
4.	Australie et Nouvelle-Zélande	17

1. Situation de départ

Les bloqueurs de puberté sont des médicaments composés de substances hormonales supprimant la puberté et dont l'administration permet de stopper la production d'œstrogènes ou de testostérone d.¹ Ces médicaments peuvent constituer un premier pas vers l'harmonisation des symptômes physiques avec l'identité sexuelle, en retardant le moment de la décision irréversible et en facilitant les thérapies ultérieures de réassignation sexuelle.² La prise de bloqueurs de puberté peut être suivie, dans un deuxième temps, de l'administration de l'hormone du sexe opposé (œstrogène ou testostérone) et, dans un troisième temps, d'une adaptation chirurgicale du corps.³ L'objectif de la prise de bloqueurs de puberté est donc d'empêcher le développement pubertaire et donc la formation des caractères sexuels secondaires, qui ne peut être que difficilement, voire pas du tout, inversée sans une telle intervention nn.⁴

La prescription de bloqueurs de puberté est envisagée lorsqu'un vécu persistant et important de ce qu'on appelle la dysphorie de genre est diagnostiqué. La dysphorie de genre est un trouble dans lequel la personne concernée éprouve des souffrances considérables en raison d'un manque de concordance entre le sexe biologique à la naissance et le sexe réellement ressenti (incongruité de genre).⁵ En principe, l'utilisation de bloqueurs de puberté est réversible pendant quelques années, de sorte que la prise ne doit pas automatiquement conduire à un changement de rôle sexuel ou à des mesures chirurgicales d'adaptation au sexe.⁶ Le traitement par des bloqueurs de puberté a été mis en place pour la première fois dans les années 1990 aux Pays-Bas n. Le traitement par des bloqueurs de puberté a été mis en place pour la première fois dans les années 1990 aux Pays-Bas n.⁷

-
- 1 Pauli, Incongruence sexuelle et dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents, dans : PSYCH up2date 2017, p. 536 ; Bundesregierung nicht empfiehlt die Einnahme von Pubertätsblockern, Aktuelle Meldung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, éd.), 13 octobre 2022, disponible sur <https://www.bmfsfj.de/aktuelles/pubertaetsblocker/>. Ce lien et tous les autres ont été consultés pour la dernière fois le 18 octobre 2023.
 - 2 Brandt, Petra, Pubertätsblocker : Das Teenie-Dilemma, DocCheck (éd.), 6 février 2023, disponible sur <https://www.doccheck.com/de/articles/pubertaetsblocker-das-teenie-dilemma>.
 - 3 Brandt, Petra, Pubertätsblocker : Das Teenie-Dilemma, DocCheck (éd.), 6 février 2023, disponible sur <https://www.doccheck.com/de/articles/pubertaetsblocker-das-teenie-dilemma>.
 - 4 Services scientifiques du Bundestag allemand, Troubles de l'identité sexuelle et dysphorie sexuelle chez les enfants et les adolescents, Informations sur l'état actuel de la recherche, élaboration du 15. novembre 2019, WD 9 - 3000 - 079/19, p. 21.
 - 5 Les conditions médicales sont définies selon les Standards of Care de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Voir Services scientifiques du Bundestag allemand, Troubles de l'identité de genre et dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents, Informations sur l'état actuel de la recherche, élaboration du 15 novembre 2019, WD 9 - 3000 - 079/19, p. 22 ; Cohen, Alma, Sweden puts brakes on treatments for trans minors, Agence France Press (AFP, éd.), 8 février 2023.
 - 6 Services scientifiques du Bundestag allemand, Troubles de l'identité sexuelle et dysphorie sexuelle chez les enfants et les adolescents, Informations sur l'état actuel de la recherche, élaboration du 15. novembre 2019, WD 9 - 3000 - 079/19, p. 22.
 - 7 Dysphorie de genre : L'Angleterre limite la prescription de bloqueurs de puberté, Ärzteblatt (éd.), 30 juin 2023, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/Genderdysphorie/>.

Selon un article paru dans le *Ärztblatt*, Annelou de Vries de la Vrije Universiteit Amsterdam et ses collaborateurs ont rapporté dans le *Journal of Sexual Medicine* des expériences positives sur les 70 premiers enfants et adolescents.⁸ Jusqu'à présent, la norme internationale pour le traitement des personnes souffrant de dysphorie de genre était le Dutch Protocol.⁹ Celui-ci était considéré comme une ligne directrice qui s'orientait sur une étude néerlandaise avec seulement 55 participants¹⁰ et dans lequel il est généralement fait mention d'un effet positif des modifications médicales du sexe chez l'enfant et l'adolescent - y compris l'administration de bloqueurs de puberté pour les personnes âgées de plus de douze ans.¹¹ Les effets secondaires possibles y sont également mentionnés, mais sans étude à long terme manifestement suffisante et fondée sur des preuves n.¹²

Le Dutch Protocol a été publié en 2006 dans l'*European Journal of Endocrinology* et a été reconnu dans le monde entier, ce qui a permis à des dizaines de milliers d'enfants et d'adolescents d'être traités sur la base de ces recommandations et de l'être encore.¹³ Cependant, ces dernières années, de plus en plus de pays se sont éloignés de ce protocole, car des doutes sont apparus quant à son bien-fondé scientifique, en raison de plusieurs cas d'effets secondaires importants à long terme, de l'absence de résultats de recherche représentatifs et de doutes quant à la manière dont les sujets ont été recrutés à l'époque et à leur sélection n.¹⁴

L'utilisation de bloqueurs de puberté fait actuellement l'objet de controverses dans le monde entier. Dans les milieux spécialisés, on affirme que les bloqueurs de puberté peuvent atténuer la souffrance des jeunes concernés par l'apparition de caractères sexuels secondaires, sans pour autant entraîner des conséquences physiques irréversibles.

- 8 De Vries, Annelou et autres, Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder : A Prospective Follow-Up Study, dans : *The Journal of Sexual Medicine*, 8 (8), août 2011, p. 2276-2283, disponible sur <https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/8/8/2276/6843977?login=true> ; Genderdysphorie : England schränken Prescription of Pubertätsblockern, *Ärztblatt* (Hrsg.), 30 juin 2023, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/Genderdysphorie/>.
- 9 Pour plus d'informations, voir : Van der Loos, Maria/et autres, Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria : trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol, *The Journal of Sexual Medicine*, Oxford Academy (éd.), 26 janvier 2023, disponible sur <https://academic.oup.com/jsm/article/2023>.
- 10 Transgenre : la Suède met fin au blocage de la puberté chez les mineurs, Imabe (éd.), 1er octobre 2021, disponible sur <https://www.imabe.org/transgender/pubertaetsblocker-bei-minderjaehrigen>.
- 11 Thiel, Thomas, Evidenzlose Selbstbestimmung ; Der medizinische Standard für die Durchführung körperlicher Geschlechtsangleichungen in der Kritik : Es fere an wissenschaftlichen Grundlagen, *Frankfurter Allgemeine* (Hrsg.), 30 août 2023 ; Pubertätsblocker - Das niederländische Protokoll, *Transteens Sorge berechtigt* (Hrsg.), 6 décembre 2021, disponible sur <https://transteens-sorge-berechtigt/blocker/dutch-protocol.html>.
- 12 Thiel, Thomas, Evidenzlose Selbstbestimmung ; Der medizinische Standard für die Durchführung körperlicher Geschlechtsangleichungen in der Kritik : Es fehlt an wissenschaftlichen Grundlagen, *Frankfurter Allgemeine* (Hrsg.), 30 août 2023.
- 13 Pubertätsblocker - Das niederländische Protokoll, *Transteens Sorge berechtigt* (éd.), 6 décembre 2021, disponible sur <https://transteens-sorge-berechtigt/blocker/dutch-protocol.html>.
- 14 Thiel, Thomas, Evidenzlose Selbstbestimmung ; Der medizinische Standard für die Durchführung körperlicher Geschlechtsangleichungen in der Kritik : Es fehlt an wissenschaftlichen Grundlagen, *Frankfurter Allgemeine* (Hrsg.), 30 août 2023.

de provoquer des changements n.¹⁵ En outre, la prise de bloqueurs de puberté permettrait aux personnes concernées de gagner du temps pour continuer à développer leur identité de genre individuelle et pour surmonter les défis et les charges psychosociales dans le cadre de leur non-conformité de genre .¹⁶ En revanche, l'administration de bloqueurs de puberté est contredite par le fait qu'il n'existe pas encore de recherche suffisamment fondée sur des preuves dans ce domaine, mais que certaines études indiquent déjà que le risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et de thrombose augmente considérablement .¹⁷ En outre, il n'est pas exclu qu'un traitement inhibiteur de la puberté puisse entraîner une altération durable du développement psychosexuel ou psychosocio-cognitif .¹⁸ La réversibilité complète n'est pas non plus suffisamment prouvée .¹⁹ Dans l'ensemble, l'ampleur exacte des effets secondaires n'est pas encore claire .²⁰

En Allemagne, les bloqueurs de puberté ne peuvent être prescrits qu'après une indication médicale minutieuse, sur la base de lignes directrices scientifiques n.²¹ sont prescrites. Le gouvernement fédéral souligne que la santé physique et psychique des enfants et des adolescents doit être au centre du traitement et que la décision de prescrire des bloqueurs de puberté relève exclusivement de l'appréciation des médecins spécialistes traitants, qui disposent également de

-
- 15 Voir les explications données par : Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Störungen der Geschlechts-identität und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen, Informationen zum aktuellen Forschungs-stand, élaboration du 15 novembre 2019, WD 9 - 3000 - 079/19, p. 21.
 - 16 Services scientifiques du Bundestag allemand, Troubles de l'identité sexuelle et dys- phorie sexuelle chez les enfants et les adolescents, Informations sur l'état actuel de la recherche, élaboration du 15. novembre 2019, WD 9 - 3000 - 079/19, p. 21.
 - 17 Ce résultat comprend par exemple une grande étude de 2019, voir : Nota, Nienke M. et autres, Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy, Results From a Large Cohort Study, dans : Circulation, 139 (11), février 2019, p. 1461-1462, disponible sur <https://doi.org/10.1161/CIR-CULATIONAHA.118.038584> ainsi que sur : Transgender : Welche Rolle Pubertätsblocker und Hormontherapien spielen für die sexuelle Identität, Mitteldeutscher Rundfunk (MDR, éd.), Wissen, 30 mars 2023, disponible sur <https://www.mdr.de/wissen/pubertaetsblocker-und-hormontherapie/jugendliche/html>.
 - 18 Services scientifiques du Bundestag allemand, Troubles de l'identité sexuelle et dys- phorie sexuelle chez les enfants et les adolescents, Informations sur l'état actuel de la recherche, élaboration du 15. novembre 2019, WD 9 - 3000 - 079/19, p. 24 et suivantes ; Lenzen-Schulte, Martina, Transition bei Genderdysphorie : Wenn Pubertas gestoppt wird, Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), 2022, disponible sur <https://www.aerzte- blatt.de/Wenn-die-Pubertas-gestoppt-wird>.
 - 19 Services scientifiques du Bundestag allemand, Troubles de l'identité sexuelle et dys- phorie sexuelle chez les enfants et les adolescents, Informations sur l'état actuel de la recherche, élaboration du 15. novembre 2019, WD 9 - 3000 - 079/19, p. 25.
 - 20 Kendal, Ben, Pubertätsblocker : Was Sie über die Medikamente wissen sollten, Redaktionsnetzwerk Deutschland (RND, éd.), 17 octobre 2022, disponible sur <https://rnd/pubertaetsblocker/nebenwirkungen/html>. Pour un examen complet des hormones et des préparations concrètement utilisées ainsi que des effets secondaires indésirables et des risques potentiels, voir : Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Störun- gen der Geschlechtsidentität und Geschlechtsdysphorie bei Kindern und Jugendlichen, Informationen zum ak- tuellen Forschungsstand, élaboration du 15 novembre 2019, WD 9 - 3000 - 079/19, p. 25-33.
 - 21 Ainsi, le guide S3 de l'AWMF sur la santé trans, qui suit les standards internationaux de soins de la WPATH et qui est actuellement en cours de révision, a été publié en 2018, voir : S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit : Diagnostik, Beratung, Behandlung, AWMF (éd.), disponible sur <https://awmf7/leitlinien/S3/>.

risques et effets secondaires.²² La loi sur l'autodétermination en matière d'inscription du sexe (SBGG), actuellement en préparation, vise à faciliter l'inscription du sexe des personnes transgenres.²³ doit permettre aux personnes transgenres, intersexuées et non-binaires de modifier plus facilement la mention de leur sexe et de leur prénom.²⁴ La loi prévue ne traite que des aspects liés à l'état civil et exclut l'aspect médical, et donc les dispositions relatives aux mesures médicales de réassignation sexuelle, dont font partie les bloqueurs de puberté.²⁵

Selon la presse, les médecins et les psychologues sont d'avis que l'abaissement du seuil juridique entraînera une augmentation du désir d'harmonisation corporelle.²⁶ Selon la littérature spécialisée, on constate déjà ces dernières années une augmentation considérable du nombre d'enfants et d'adolescents dans le monde entier qui demandent un traitement médical pour dysphorie de genre.²⁷ Cette évolution ne serait pas un phénomène exclusivement allemand - l'augmentation de la prévalence des identités transgenres dans de nombreux pays européens et anglo-américains serait ainsi de plus de 1.000 pour cent depuis l'an 2000.²⁸

Le présent travail présente - conformément au mandat - les pays dans lesquels l'utilisation de bloqueurs de puberté est actuellement interdite ou - en droit ou en fait - limitée.

-
- 22 Le gouvernement fédéral ne recommande pas la prise de bloqueurs de puberté, Aktuelle Meldung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, éd.), 13 octobre 2022, disponible sur <https://www.bmfsfj.de/aktuelles/pubertaetsblocker/>. Dans cette contribution, le gouvernement fédéral informe que l'article sur les bloqueurs de puberté sur la plateforme d'information Regenbogenportal a été complété par une déclaration clarifiant "que seuls les médecins décident de la nécessité de prendre des bloqueurs de puberté", afin d'éviter tout malentendu.
- 23 Projet de loi sur l'autodétermination en matière d'inscription du sexe et sur la modification d'autres dispositions, projet de loi du gouvernement fédéral, disponible sur <https://www.bmfsfj.de/re-source/blob/229616/b4f835d1a1da28f1ef51552846f1e20a/gesetzentwurf-kabinett-data.pdf>.
- 24 Loi sur l'autodétermination en matière d'inscription du sexe (SBGG), BMFSFJ (éd.), 23 août 2023, disponible sur <https://www.bmfsfj.de/queerpolitik-und-geschlechtliche-vielfalt/sbgg/>.
- 25 Thiel, Thomas, Evidenzlose Selbstbestimmung ; Der medizinische Standard für die Durchführung körperlicher Geschlechtsangleichungen in der Kritik : Es fehlt an wissenschaftlichen Grundlagen, Frankfurter Allgemeine (Hrsg.), 30 août 2023.
- 26 Thiel, Thomas, Evidenzlose Selbstbestimmung ; Der medizinische Standard für die Durchführung körperlicher Geschlechtsangleichungen in der Kritik : Es fehlt an wissenschaftlichen Grundlagen, Frankfurter Allgemeine (Hrsg.), 30 août 2023.
- 27 Malterud, Kirsti, Qu'est-ce qui constitue la responsabilité professionnelle médicale et les soins attentifs pour les enfants et les adolescents atteints de dysphorie de genre, Tidsskriftet (éd.), 2 juin 2023, disponible sur <https://tidsskriftet.no/2023/responsibility/care-children/>.
- 28 Brandt, Petra, Pubertätsblocker : Das Teenie-Dilemma, DocCheck (Hrsg.), 6 février 2023, disponible sur <https://www.doccheck.com/de/articles/pubertaetsblocker/>; Lenzen-Schulte, Martina, Transition bei Genderdysphorie : Wenn die Pubertas stoppt wird, in : Deutsches Ärzteblatt 2022, 119 (48) : A-2134 / B-1766, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228699/Transition-bei-Genderdysphorie-Wenn-die-Pubertas-gestoppt->.

2. Étranger européen

L'accès aux soins médicaux pour les transgenres - en particulier pour les mineurs - varie d'un pays à l'autre nd.²⁹ Ces dernières années, plusieurs pays européens ont rendu de plus en plus accessibles les interventions médicales pour les personnes transgenres, y compris l'utilisation de bloqueurs de puberté.³⁰ Après Malte, l'Espagne est le pays européen qui offre le meilleur accès aux soins médicaux pour les transsexuels ; ce n'est qu'en février 2023 que les droits de la communauté LGBTQ + y ont été étendus.³¹ - Communauté élargie.³² En revanche, dans de nombreux autres pays européens, la tendance est à l'interdiction ou à la limitation de l'utilisation des bloqueurs de puberté chez les mineurs.

2.1. Pays interdisant systématiquement l'administration de bloqueurs de puberté

En **Finlande**, la possibilité d'administrer des bloqueurs de puberté a déjà été fortement limitée en 2020 en raison de réserves et d'un niveau de preuve insuffisamment représentatif concernant les effets secondaires.³³ En lieu et place, une nouvelle directive recommande depuis 2021 la psychothérapie comme premier traitement pour les adolescents dysphoriques face au genre.³⁴

Le débat sur l'interdiction des inhibiteurs de la puberté a connu une évolution particulière au **Royaume-Uni**. Après que la clinique Tavistock à Londres a introduit l'utilisation de bloqueurs de puberté chez les enfants et les adolescents en 2011,³⁵ quelques années

-
- 29 Cf. Gebhardt, Ulrike, Médecine transgenre : ce qui parle pour et ce qui parle contre l'utilisation de bloqueurs de puberté, RiffReporter (éd.), 27 juillet 2023, disponible sur <https://www.riffreporter.de/transgender/pubertaetsblocker/>.
- 30 Sapsford, Jathon/Armour, Stephanie, U.S. Becomes Transgender-Care Outlier as More in Europe Urge Caution, Republicans seize on European doubts over medical interventions to call for restrictions, The Wall Street Journal (éd.), 19 juin 2023.
- 31 LGBTQ+ est l'acronyme de Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer) et le '+' désigne les autres identités sexuelles et de genre.
- 32 Berjikian, Kal, Jeune et trans : où trouver des traitements de réassignation sexuelle pour les mineurs dans l'UE, Euronews (éd.), 16 juin 2023, disponible sur <https://euronews.com/2023/jung-und-trans/minderjahrige/eu/>.
- 33 Brandt, Petra, Pubertätsblocker : Das Teenie-Dilemma, DocCheck (éd.), 6 février 2023, disponible sur <https://www.doccheck.com/articles/pubertaetsblocker/teenie-dilemma>; Lenzen-Schulte, Martina, Transition bei Genderdysphorie : Wenn Pubertas gestoppt wird, Deutsches Ärzteblatt (éd.), 2022, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/Wenn-die-Pubertas-gestoppt-wird>.
- 34 Lehmann, Claire, Acceptance, not surgery, solution to teens trans anxiety, The Australian (éd.), 9 février 2023 ; Posner, Gerald, The Truth About 'Puberty Blockers', The Wall Street Journal (éd.), 8 juin 2023.
- 35 Reid, Sue, How has it taken the NHS so long to see sense on puberty blocking drugs that can damage children ?, Daily Mail (éd.), 28 octobre 2022 ; Rien qu'en 2021, la clinique a traité environ 5.000 personnes, Cf. : Genderdysphorie : England schränken Verordnung von Pubertätsblockern ein, Ärzteblatt (éd.), 30 juin 2023, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/Genderdysphorie/Pubertaetsblocker/>.

plus tard, en 2018, des employés de la clinique ont exprimé de vives inquiétudes concernant la prescription de médicaments, y compris des inhibiteurs de la puberté.³⁶ En 2021, la Court of Appeal a toutefois décidé que les enfants pouvaient prendre des inhibiteurs de la puberté sans le consentement de leurs parents n.³⁷ En revanche, le National Health Service (NHS), financé par des fonds publics, a décidé en août 2022 de fermer au printemps 2023 la clinique Tavistock, qui est la seule clinique de génétique de toute l'Angleterre à proposer des thérapies de transformation pour les enfants souffrant de dysphorie de genre.³⁸ En octobre de la même année, un projet de nouvelle politique de traitement a été mis en discussion et, en juin 2023, le NHS a annoncé, dans le cadre de sa spécification préalable des prestations on, qu'il avait l'intention d'introduire un nouveau traitement pour les enfants atteints d'une maladie génétique.³⁹ que l'utilisation de bloqueurs de puberté ne devrait plus être possible que dans le cadre d'études cliniques strictement contrôlées.⁴⁰ Le traitement des patients concernés par la dysphorie de genre dans les nouvelles cliniques régionales pour le genre, qui remplacent la clinique Tavistock, devrait se faire en premier lieu dans le cadre d'un soutien psychosocial et psychologique.⁴¹ Le NHS a annoncé que la prescription de bloqueurs de puberté serait limitée aux enfants participant à des essais cliniques et qu'un essai à grande échelle devrait commencer en 2024.⁴²

Bien que **la Suède** ait été le premier pays au monde à autoriser légalement le changement de sexe en 1972 et qu'elle soit connue pour être un précurseur en matière de droits LGBTQ, elle a commencé en 2021,

-
- 36 Reid, Sue, How has it taken the NHS so long to see sense on puberty blocking drugs that can damage children ? Daily Mail (éd.), 28 octobre 2022.
- 37 Barton, Alex, NHS will not offer puberty blockers to children suffering from gender dysphoria, The Telegraph (éd.), 9 juin 2023.
- 38 Barton, Alex, NHS will not offer puberty blockers to children suffering from gender dysphoria, The Telegraph (éd.), 9 juin 2023 ; Swerling, Gabriella, Children buying puberty blockers may be reported to the authorities, The Daily Telegraph (éd.), 19 octobre 2022 ; Genderdysphorie : England limits prescription of puberty blockers, Ärzteblatt (Hrsg.), 30 juin 2023, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/Genderdysphorie/Pubertaetsblocker/>.
- 39 La soi-disant Interim Service Specification ; Interim specialist service for children and young people with gender in- congruence, NHS England (éd.), 9 juin 2023, disponible sur <https://www.england.nhs.uk/interim-service-specification/>.
- 40 Genderdysphorie : England schränken Verordnung von Pubertätsblockern, Ärzteblatt (Hrsg.), 30 juin 2023, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/Genderdysphorie/Pubertaetsblocker/> ; Gebhardt, Ulrike, Transgendermedizin : Was für und was gegen den Einsatz von Pubertätsblockern spricht, RiffReporter (Hrsg.), 27 juillet 2023, disponible sur <https://www.riffreporter.de/transgender-pubertaetsblocker/> ; Sapsford, Jathon/Armour, Stephanie, U.S. Becomes Transgender-Care Outlier as More in Europe Urge Caution, Republicans seize on European doubts over medical interventions to call for restrictions, The Wall Street Journal (éd.), 19 juin 2023 ; Swerling, Gabriella, Children buying puberty blockers may be reported to the authorities, The Daily Telegraph (éd.), 19 octobre 2022 ; Genderdysphorie : England schränken Verordnung von Pubertätsblockern, Ärzteblatt (Hrsg.), 30 juin 2023, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/Genderdysphorie/Pubertaetsblocker/>.
- 41 Dysphorie de genre : l'Angleterre limite la prescription de bloqueurs de puberté, Ärzteblatt (éd.), 30 juin 2023, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/Genderdysphorie/Pubertaetsblocker/>.
- 42 Ghorayshi, Azeen, England Limits Use of Puberty-Blocking Drugs to Research Only, The New York Times (éd.), 9 juin 2023, disponible sur <https://nytimes.com/2023/puberty-blockers-transgender/nhs.html>.

de limiter les thérapies hormonales d'adaptation au sexe.⁴³ Depuis mai 2021, l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm, le premier hôpital universitaire de renommée mondiale, a adopté une nouvelle déclaration de principe sur le traitement des mineurs souffrant de dysphorie de genre, selon laquelle aucun médicament visant à supprimer la puberté ne peut être prescrit à des mineurs n.⁴⁴ La seule exception serait l'administration dans le cadre d'études cliniques strictement contrôlées, qui ne pourraient toutefois être réalisées qu'après l'approbation du Conseil d'éthique suédois n.⁴⁵ L'hôpital se distançait ainsi du Dutch Protocol, jusqu'ici reconnu au niveau international. Début 2022, le Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW) aurait finalement constaté, dans le cadre d'une nouvelle version des directives, que les risques d'un tel traitement hormonal l'emporteraient sur les avantages.⁴⁶ En février 2023, les bloqueurs de puberté ont finalement été interdits en principe, de sorte que la prescription ne restera applicable que dans de rares cas exceptionnels.⁴⁷

-
- 43 Cohen, Alma, Sweden puts brakes on treatments for trans minors, Agence France Press (AFP, éd.), 8 février 2023 ; As Spain advances trans rights, Sweden backtracks on gender-affirming treatments for teens, Euronews (éd.), 19 février 2023.
- 44 Les traitements hormonaux sous le feu des critiques : un regard sur la Suède, Echte Vielfalt, Deutsches Institut für Sozialwirtschaft e.V. (DISW, éd.), 28 novembre 2022, disponible sur <https://echte-vielfalt.de/lgbtiq/behandlung>.
- 45 Transgenre : la Suède met fin au blocage de la puberté chez les mineurs, Imabe (éd.), 1er octobre 2021, disponible sur <https://www.imabe.org/transgender/pubertaetsblocker/>.
- 46 Lenzen-Schulte, Martina, Transition bei Genderdysphorie : Wenn Pubertas gestoppt wird, Deutsches Ärzteblatt (éd.), 2022, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/Wenn-die-Pubertas-gestoppt-wird>.
- 47 Cohen, Alma, Sweden puts brakes on treatments for trans minors, Agence France Press (AFP, éd.), 8 février 2023 ; Posner, Gerald, The Truth About Puberty Blockers', The Wall Street Journal (éd.), 8 juin 2023 ; Scharnowski, Reinhold, Schweden : Keine Pubertätsblocker mehr für Minderjährige, Evangelical Focus (éd., traduit par Livenet), 13 février 2023, disponible sur <https://www.livenet.ch/news/pubertaetsblocker/>.

2.2. Pays autorisant l'administration d'inhibiteurs de la puberté sous certaines conditions

En **France**, l'utilisation de bloqueurs de puberté n'est certes pas interdite par la loi, mais pour la prescription de bloqueurs de puberté, la plupart des services de santé exigent, outre le consentement des parents, une expertise psychologique préalable, ce qui peut prendre plusieurs années.⁴⁸ Dans certains cas, cela peut avoir pour conséquence que la puberté soit déjà passée en raison d'un délai d'attente de plusieurs années et que l'accès aux inhibiteurs de la puberté soit ainsi de facto contourné. L'Académie nationale de médecine française s'est d'ailleurs prononcée sur la question des bloqueurs de puberté en février 2022 et a appelé à plus de prudence dans les traitements de réassignation sexuelle des enfants et des adolescents.⁴⁹

En **Irlande**, il n'existe pas de norme interdisant la prescription de bloqueurs de puberté, mais il serait néanmoins presque impossible pour les personnes de moins de 17 ans d'obtenir un traitement de réassignation sexuelle.⁵⁰ Les soins cliniques seraient très tendus en raison du Brexit : Jusqu'au Brexit, les patients irlandais avaient la possibilité de se faire soigner dans un autre Etat membre de l'UE sur la base du programme européen "treatment abroad scheme", tout en étant couverts par leur assurance nationale. Actuellement, il n'existe guère de soins de santé spécifiques au genre pour les enfants transsexuels et les listes d'attente peuvent parfois durer jusqu'à sept ans, ce qui fait qu'un traitement avant l'âge adulte n'est souvent pas possible.⁵¹

En **Autriche**, il n'y a pas d'interdiction formelle de prescrire des inhibiteurs de la puberté, mais ceux-ci ne sont prescrits que "off-label".⁵² Condition pour une prescription

48 Berjikian, Kal, Jeune et trans : où trouver des traitements de réassignation sexuelle pour les mineurs dans l'UE, Euronews (éd.), 16 juin 2023, disponible sur <https://euronews/2023/jung-und-trans/minderjahrige/eu/>.

49 Lenzen-Schulte, Martina, Transition bei Genderdysphorie : Wenn Pubertas gestoppt wird, Deutsches Ärzteblatt (éd.), 2022, disponible sur <https://www.aerzteblatt.de/Wenn-die-Pubertas-gestoppt-wird>.

50 Berjikian, Kal, Jeune et trans : où trouver des traitements de réassignation sexuelle pour les mineurs dans l'UE, Euronews (éd.), 16 juin 2023, disponible sur <https://euronews/2023/jung-und-trans/minderjahrige/eu/>.

51 Berjikian, Kal, Jeune et trans : où trouver des traitements de réassignation sexuelle pour les mineurs dans l'UE, Euronews (éd.), 16 juin 2023, disponible sur <https://euronews/2023/jung-und-trans/minderjahrige/eu/>.

52 Off-Label-Use signifie que les médicaments concernés sont utilisés en dehors de l'autorisation spécifique accordée par l'autorité compétente en matière de médicaments ou d'autorisation, cf. Off-Label-Use - Verordnungsfähig von Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsbieten, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), disponible sur <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinien-anlagen/off-label-use/>.

53 FPÖ für Verbot der Off-Label-Verschreibung von "Pubertätsblockern", Parlament autrichien (éd.), Parlamentskorrespondenz n° 401 du 13 avril 2023, disponible sur <https://www.parlament.gv.at/aktuelles/>.

Pour l'interdiction des bloqueurs de puberté pour le traitement de la dysphorie de genre, il faut un diagnostic psychothérapeutique, un diagnostic psychologique clinique et un diagnostic psychiatrique.⁵⁴ Le parti libéral autrichien (FPÖ) demande une interdiction totale de la prescription de bloqueurs de puberté, ce qui a été refusé jusqu'à présent par la majorité du gouvernement.⁵⁵

La Norvège a longtemps été considérée comme particulièrement progressiste dans le domaine de l'agenda transgenre.⁵⁶ Alors que dans les années 1970 et 1980, il y avait encore environ quatre demandes de changement de sexe par an, ce nombre aurait extrêmement augmenté - entre 2018 et 2021, il y aurait ainsi eu environ 400 à 600 demandes par an.⁵⁷ Le rapport de la Commission d'enquête norvégienne sur les soins de santé (UKOM) a constaté que les connaissances basées sur la recherche concernant les traitements de réassignation sexuelle étaient insuffisantes.⁵⁸ Le pays prévoit donc de réviser la législation sur les traitements de réassignation sexuelle pour les mineurs n.⁵⁹ Il faut s'attendre à ce que, entre autres, les bloqueurs de puberté ne soient plus administrés que dans le cadre de la recherche n.⁶⁰

3. États-Unis et Canada

Pendant des années, les médias ont rapporté que l'industrie américaine de la santé avait autorisé des interventions médicales sur des transgenres mineurs, y compris l'utilisation de bloqueurs de puberté n.⁶¹ L'autorisation d'utiliser des bloqueurs de puberté par la Food

54 Sica, Julia, Pourquoi l'hormonothérapie peut être une bonne idée chez les adolescents trans, Der Standard (éd.), 21 janvier 2023, disponible sur <https://www.derstandard.de/hormontherapie/transjugendliche/>.

55 Le FPÖ se mobilise contre les bloqueurs de puberté pour les jeunes trans, GGG.at (éd.), 18 avril 2023, disponible sur https://www.ggg.at/2023/pubertaetsblocker/trans_jugendliche.

56 La Norvège tire la corde : pas de changement de sexe chez les enfants, Der Status (éd.), 6 juin 2023, disponible sur <https://derstatus.at/politik/norwegen/geschlechts-umwandlung-bei-kindern/>.

57 La Norvège tire la corde : pas de changement de sexe chez les enfants, Der Status (éd.), 6 juin 2023, disponible sur <https://derstatus.at/politik/norwegen/geschlechts-umwandlung-bei-kindern/>.

58 La Norvège interdit les interventions trans sur les mineurs, Avenir CH (éd.), 10 juin 2023, disponible sur <https://www.zukunft-ch.ch/norwegen-verbietet-trans-eingriffe-an-minderjaehrigen/>.

59 La Norvège tire la corde : pas de changement de sexe chez les enfants, Der Status (éd.), 6 juin 2023, disponible sur <https://derstatus.at/politik/norwegen/geschlechts-umwandlung-bei-kindern/>.

60 La Norvège interdit les interventions trans sur les mineurs, Futur CH (éd.), 10 juin 2023, disponible sur <https://www.zukunft-ch.ch/norwegen-verbietet-trans-eingriffe-an-minderjaehrigen/> ; La Norvège tire la corde : pas de changement de sexe chez les enfants, Der Status (éd.), 6 juin 2023, disponible sur <https://derstatus.at/politik/norwegen/geschlechts-umwandlung-bei-kindern/>.

61 Sapsford, Jathon/Armour, Stephanie, U.S. Becomes Transgender-Care Outlier as More in Europe Urge Caution, Republicans seize on European doubts over medical interventions to call for restrictions, The Wall Street Journal (éd.), 19 juin 2023.

and Drug Administration des États-Unis (FDA) a eu lieu en 1993.⁶² Selon le rapport, cette autorisation concernait uniquement le traitement du cancer de la prostate, de l'endométriose, de certains types de stérilité et d'une maladie infantile rare causée par une mutation génétique ; elle n'a jamais été accordée pour le traitement de la dysphorie de genre. Par conséquent, ces médicaments ont été et sont toujours prescrits "off-label", c'est-à-dire sans un examen complet de la sécurité et de l'efficacité par la FDA.⁶³ Le Center for Investigative Reporting aurait publié en 2017 que la FDA aurait reçu plus de 10 000 rapports d'événements indésirables et d'effets secondaires importants de femmes auxquelles certains bloqueurs de puberté auraient été administrés dans l'enfance.⁶⁴

Il y a quelques années, les mineurs avaient accès à des traitements médicaux tels que les bloqueurs de puberté dans toutes les régions des États-Unis, qui étaient également approuvés par des associations médicales renommées.⁶⁵ L'American Academy of Pediatrics (AAP), la principale association de pédiatres aux États-Unis, prévoit actuellement une révision de la réglementation actuelle.

Directive AAP de 2018 sur les soins médicaux de confirmation du sexe, y compris l'utilisation de bloqueurs de puberté.⁶⁶ Alors que certains États continuent d'autoriser l'utilisation de bloqueurs de puberté n⁶⁷d'autres États ont adopté ou prévoient d'adopter des interdictions légales. Les médias indiquent que l'ensemble du débat sur les soins médicaux pour les personnes transgenres, y compris l'utilisation de bloqueurs de puberté, sera également l'un des thèmes de la campagne électorale de 2024 en raison de son importance et de son actualité.⁶⁸

-
- 62 Posner, Gerald, 'The Truth About 'Puberty Blockers'', The Wall Street Journal (éd.), 8 juin 2023 ; Sapsford, Jathon/Armour, Stephanie, U.S. Becomes Transgender-Care Outlier as More in Europe Urge Caution, Republicans seize on European doubts over medical interventions to call for restrictions, The Wall Street Journal (éd.), 19 juin 2023.
- 63 Posner, Gerald, 'The Truth About 'Puberty Blockers'', The Wall Street Journal (éd.), 8 juin 2023.
- 64 Posner, Gerald, 'The Truth About 'Puberty Blockers'', The Wall Street Journal (éd.), 8 juin 2023.
- 65 Rodgers, Arleigh/Goldberg, Michael, Les interdictions de traitement obligent les parents d'enfants trans à faire de longs voyages, rapport KORR, Nouvelles du monde AP (éd.), 12 juillet 2023.
- 66 Lewis, Helen, 'The Only Way Out of the Child-Gender Culture War', The Atlantic (éd.), 4 mai 2023 ; Sapsford, Jathon/Armour, Stephanie, Doctors Group Examine Guidelines for Treatment of Transgender Youths, American Academy of Pediatrics board approves external review and could potentially revise policies, The Wall Street Journal (éd.), 3 août 2023.
- 67 Par exemple, en mars 2023, le gouverneur du Minnesota a signé un décret visant à garantir l'accès au traitement de confirmation de genre pour les mineurs, voir Cohnen, Annabelle, Les États conservateurs américains de Géorgie et d'Iowa ont encore durci leur législation contre les personnes trans, Express (éd.), 31 mars 2023, disponible sur <https://www.express.de/politik/usa/transgender-behandlungen/> ; L'Iowa et la Géorgie interdisent le traitement transgenre pour les mineurs, RND, 23 mars 2023, disponible sur <https://www.rnd.de/politik/usa-iowa-und-georgia/transgender/html>.
- 68 Sapsford, Jathon/Armour, Stephanie, U.S. Becomes Transgender-Care Outlier as More in Europe Urge Caution, Republicans seize on European doubts over medical interventions to call for restrictions, The Wall Street Journal (éd.), 19 juin 2023.

3.1. États américains interdisant l'administration de bloqueurs de puberté

D'après les recherches effectuées pour ce travail, il existe actuellement des lois interdisant l'administration de bloqueurs de puberté en Arizona, Géorgie, Idaho, Iowa, Kentucky, Louisiane, Mississippi, Missouri, Nebraska, Caroline du Nord, Dakota du Nord, Dakota du Sud, Tennessee, Texas, Utah et Virginie occidentale.⁶⁹ A l'exception de l'Arizona, les lois n'ont été adoptées que cette année, voir à ce sujet l'aperçu ci-dessous :

- Arizona, depuis mars 2022, CNN du 30 mars 2022, <https://edition.cnn.com/2022/03/30/politics/arizona-transgender-health-care-ban-sports-ban/index.html>
- Géorgie, depuis mars 2023, U.S. News du 23 mars 2023, <https://www.us-news.com/news/us/articles/2023-03-23/georgia-governor-signs-law-curbing-transgender-care-for-kids>
- Idaho, depuis avril 2023, Institut du mariage et de la famille du 26 avril 2023, <https://www.ief.at/us-gender-keine-geschlechtsumwandlung-bei-minderjaehrigen/>
- Iowa, depuis fin mars 2023, Express du 31 mars 2023, <https://www.express.de/politik-et-économie/usa-états-interdiction-traitements-transgenres-542632>
- Kentucky, depuis fin mars 2023, U.S. News du 27 septembre 2023, <https://www.us-news.com/news/best-states/articles/2023-03-30/what-is-gender-affirming-care-and-which-states-have-restricted-it-in-2023>
- Louisiane, depuis juillet 2023, U.S. News du 27 septembre 2023, <https://www.us-news.com/news/best-states/articles/2023-03-30/what-is-gender-affirming-care-and-which-states-have-restricted-it-in-2023>
- Mississippi, depuis fin février 2023, Frankfurter Allgemeine du 6 mars 2023, <https://www.faz.net/aktuell/politik/kulturkampf/transrechte/usa/html>
- Missouri, depuis début juin 2023, U.S. News du 27 septembre 2023, <https://www.us-news.com/news/best-states/articles/2023-03-30/what-is-gender-affirming-care-and-which-states-have-restricted-it-in-2023>
- Nebraska, depuis mai 2023, U.S. News du 27 septembre 2023, <https://www.us-news.com/news/best-states/articles/2023-03-30/what-is-gender-affirming-care-and-which-states-have-restricted-it-in-2023>
- Caroline du Nord, depuis août 2023, U.S. News du 27 septembre 2023, <https://www.us-news.com/news/best-states/articles/2023-03-30/what-is-gender-affirming-care-and-which-states-have-restricted-it-in-2023>

69 Voir Davis, Elliott, "States that have restricted Gender-Affirming Care for Trans Youth in 2023". U.S. News (éd.), 27 septembre 2023, disponible à l'adresse <https://usnews.com/news/best-states/articles/2023-03-30/what-is-gender-affirming-care-and-which-states-have-restricted-it-in-2023>.

- Dakota du Nord, depuis avril 2023, U.S. News du 27 septembre 2023, <https://www.us-news.com/news/best-states/articles/2023-03-30/what-is-gender-affirming-care-and-which-states-have-restricted-it-in-2023>
- Dakota du Sud, depuis février 2023, Le Quotidien du 16 février 2023, <https://www.die-ta-gespost.de/politik/geschlechtsumwandlungen/south-dakota/>
- Tennessee, depuis juillet 2023, ZDF du 9 juin 2023, sous <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/usa/lgbtq-gesetze/html>
- Texas, depuis début juin 2023, ZDF du 9 juin 2023, sous <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/usa/lgbtq-gesetze/html>
- Utah, depuis fin janvier 2023, The Hill du 28 janvier 2023, <https://thehill.com/homenews/state-watch/utah/gender-affirming-care/>
- West Virginia, depuis mars 2023, Zeit Online du 30 mars 2023, <https://www.zeit.de/politik/ausland/west-virginia/transgender/pubertaetsblocker/>.

La loi signée en **Virginie-Occidentale** le 29 mars 2023 entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Elle prévoit une exception à l'interdiction uniquement si un risque d'automutilation ou de suicide est constaté chez la ou les personnes concernées. Dans ce cas, des bloqueurs de puberté pourraient par exemple être administrés avec l'autorisation des parents et en cas de diagnostic d'une grave dysphorie de genre.

Au **Texas**, la loi d'interdiction, connue sous le nom de "SB 14", a été signée le 2 juin 2023. Cette loi prévoit l'arrêt des traitements déjà en cours. Sur le site Le 31 août 2023, la Cour suprême du Texas a décidé, selon les médias, que la loi entrerait en vigueur le lendemain.

3.2. États américains où des efforts ont été faits pour adopter une loi d'interdiction

L'Arkansas, la Floride, l'Indiana et le Montana font partie de ces États. En 2021 déjà, **l'Arkansas** a été le premier État américain à édicter une interdiction des soins de réassignation sexuelle pour les jeunes, qui aurait toutefois été bloquée provisoirement par le juge fédéral James Moody Jr. avant même son entrée en vigueur en juillet 2021.⁷⁰ Il y a quelques mois seulement, en

⁷⁰ Un tribunal américain stoppe l'interdiction du traitement des adolescents transgenres dans l'Arkansas, beck-aktuell (éd.), 22 juillet 2021, disponible sur <https://rsw.beck.de/aktuell/verbot/behandlung/transjugendlicher/arkansas>.

juin 2023, le juge fédéral a définitivement fait échouer cette loi.⁷¹ Selon les médias, le jugement a fait l'objet d'un appel.⁷² En mars 2023, le gouverneur a adopté une nouvelle loi qui, pour l'essentiel, facilite les actions en responsabilité civile médicale dans le domaine des traitements de transition génériques pour les mineurs et qui, par conséquent, a pour effet indirect d'interdire les traitements de réassignation sexuelle pour les enfants.⁷³

Dans l'État de l'**Oklahoma**, le gouverneur a signé le 1er mai 2023 une loi interdisant les traitements de réassignation sexuelle pour les mineurs, en vertu de laquelle tout médecin contrevenant à cette interdiction peut être accusé d'un crime.⁷⁴ Bien que la loi soit entrée en vigueur avec effet immédiat, son application a pu être empêchée avec l'accord de l'État fédéral le 18 mai 2023 n.⁷⁵ Dans le même temps, les opposants à la loi ont demandé une injonction judiciaire pour la bloquer.

Selon les médias, le gouverneur de l'État de **Floride** Ron DeSantis a signé en mai 2023 la loi "SB254", qui non seulement interdit aux médecins d'administrer des médicaments à des transsexuels mineurs, notamment des inhibiteurs de puberté, mais qui prévoit également que les parents peuvent se voir retirer temporairement la garde de leur enfant transsexuel s'ils lui donnent accès à des soins médicaux.⁷⁶ Début juin 2023, un tribunal fédéral a temporairement bloqué cette loi.⁷⁷

-
- 71 Dreisbach, Sofia, LGBTQI-Gesetze in den USA ; Wie republikanische Bundesstaaten einschränken, FAZ.net (Hrsg.), 22 juin 2023 ; Plus de changement de sexe chez les jeunes dans le Dakota du Sud, Die Ta- gespost, 16 février 2023, disponible sur <https://die-tagespost/geschlechtsumwandlungen/south-dakota/>.
- 72 Dreisbach, Sofia, LGBTQI-Gesetze in den USA ; Wie republikanische Bundesstaaten einschränken Transrechte, FAZ.net (Hrsg.), 22 juin 2023.
- 73 Davis, Elliott, Les États qui ont limité les soins de genre pour les jeunes trans en 2023, U.S. News (éd.), 27 septembre 2023, disponible à l'adresse <https://usnews/states/articles/2023/gender/care/restrictions-in-2023>.
- 74 Davis, Elliott, Les États qui ont limité les soins de genre pour les jeunes trans en 2023, U.S. News (éd.), 27 septembre 2023, disponible à l'adresse <https://usnews/states/articles/2023/gender/care/restrictions-in-2023>.
- 75 Davis, Elliott, Les États qui ont limité les soins de genre pour les jeunes trans en 2023, U.S. News (éd.), 27 septembre 2023, disponible à l'adresse <https://usnews/states/articles/2023/gender/care/restrictions-in-2023>.
- 76 Abraham, Amelia, "It's been a total witch-hunt. It takes ist toll' : the LGBTQ+ families fleeing in red states, The Guardian (éd.), 6 juin 2023, disponible sur <https://www.theguardian.com/2023/lgbtq-rights/>; Hawlin, Alexandra, LGBTQ-Community : Ziel der Republikaner, ZDF (éd.), 9 juin 2023, disponible sur <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/usa/anti-lgbtq/html>; Florida verbieten Geschlechtsangleichung für Minderjährigen, Der Standard (éd.), 5 mai 2023, disponible sur <https://www.derstandard.de/florida/geschlechtsangleichung/>.
- 77 Sapir, Leor/Wright, Colin, How Ideology Corrupts Science on 'Gender-Affirming Care', The Wall Street Journal (éd.), 10 juin 2023.

3.3. Alertes gouvernementales sur l'administration de bloqueurs de puberté au Canada

Au **Canada**, l'administration de bloqueurs de puberté n'est pas interdite par la loi. Toutefois, une évaluation psychologique approfondie est requise dans le cadre d'un examen médical avant toute prescription.⁷⁸ Les critiques reprochent néanmoins aux médecins d'utiliser trop hâtivement des bloqueurs de puberté.⁷⁹ Entre-temps, il existe des mises en garde claires contre l'administration de ce produit, invitant les médecins à n'autoriser la prescription que dans des cas exceptionnels.⁸⁰ Actuellement, selon un article paru dans la presse canadienne, une étude financée par le gouvernement fédéral examine les effets potentiels des inhibiteurs de la puberté sur différentes fonctions cérébrales.⁸¹

4. Australie et Nouvelle-Zélande

En Australie et en Nouvelle-Zélande, l'administration d'inhibiteurs de la puberté n'est pas interdite par la loi, mais elle est désormais clairement déconseillée.⁸² En raison d'incertitudes quant aux preuves médicales d'un traitement médicamenteux avec des bloqueurs de puberté, le Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) a fait pression, selon un rapport, pour l'élaboration de lignes directrices nationales sur la prise en charge des jeunes souffrant de dysphorie de genre.⁸³

-
- 78 Kirkey, Sharon, "Pause" inoffensive ou "verrouillage" des enfants dans la transition de genre ? What we know about puberty blockers, National Post (éd.), 30 mars 2023, disponible sur <https://nationalpost/news/canada/puberty-blockers/>.
- 79 Kirkey, Sharon, "Pause" inoffensive ou "verrouillage" des enfants dans la transition de genre ? What we know about puberty blockers, National Post (éd.), 30 mars 2023, disponible sur <https://nationalpost/news/canada/puberty-blockers/>.
- 80 Lewis, Helen, The Only Way Out of the Child-Gender Culture War, The Atlantic (éd.), 4 mai 2023 ; Kirkey, Sharon, Inoffensive 'pause' ou 'locking' kids into gender transition ? What we know about puberty blockers, National Post (éd.), 30 mars 2023, disponible sur <https://nationalpost/news/canada/puberty-blockers/children>.
- 81 Kirkey, Sharon, "Pause" inoffensive ou "verrouillage" des enfants dans la transition de genre ? What we know about puberty blockers, National Post (éd.), 30 mars 2023, disponible sur <https://nationalpost/news/canada/puberty-blockers/>.
- 82 Lewis, Helen, The Only Way Out of the Child-Gender Culture War, The Atlantic (éd.), 4 mai 2023.
- 83 Robinson, Natasha, Doctors 'muzzled' on trans treatment of kids, The Australian (éd.), 14 juillet 2023.

Annexe n°2

N°2 Article co-signé par David Cohen et Agnès Condat –
juin/septembre 2023

« **Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France** », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 71(1), juin 2023

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961723000776?via%3Dihub>

Résumé

Contexte

Il existe très peu de données cliniques françaises sur les modalités de prise en charge médicale des enfants et adolescents transgenres alors que le sujet vient très régulièrement sur le devant de la scène médiatique.

Méthode

Nous proposons dans cet article de décrire de manière rétrospective l'ensemble des enfants et adolescents reçus depuis 2012 dans la plus importante consultation spécialisée identité de genre enfants et adolescents d'Île-de-France. Outre leurs caractéristiques sociodémographiques, nous étudions la présence ou non d'une incongruence de genre selon les critères de la CIM 11, les vulnérabilités psychiatriques et sociales des sujets et décrivons les principales modalités de prise en charge proposées : la transition sociale, le blocage pubertaire, les transitions hormonales et/ou les rares transitions chirurgicales. Ces trois dernières propositions sont discutées en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Résultats

Nous avons colligé **239 jeunes âgés de 3 à 20 ans**. L'âge moyen auquel les jeunes et leur famille sont vus au premier rendez-vous est de **14,5 ans** ($\pm 3,16$). Au total, 91 % de l'échantillon présentent une incongruence de genre, 32 % ayant exprimé cette incongruence avant la puberté. Deux-tiers sont des jeunes assignés de **sexe féminin** à la naissance ($p < 0,05$). En termes de psychopathologie, **les troubles dépressifs et anxieux, ainsi que la suicidalité** arrivent largement avant les autres cooc-

currences psychiatriques. L'ostracisme et le rejet scolaire sont fréquents. Par rapport à la population adolescente générale, les jeunes de la consultation spécialisée sont beaucoup plus exposés aux discriminations et aux insultes, voire aux agressions sexuelles dans l'espace public, que leurs pairs et l'internalisation de la transphobie par ces jeunes est particulièrement importante. Au total, 40 % des jeunes ont effectué une transition sociale avant le premier rendez-vous et 74 % et 61 % d'entre elles/eux l'on fait au sein de la famille et à l'école (l'âge moyen de la transition sociale à l'école = 15,13 ans). Au total, 35 % des jeunes ont officialisé en mairie le changement de prénom (l'âge moyen = 16,26 ans). **La prise de bloqueurs de puberté concerne 11 % des jeunes qui ont atteint la puberté** (âge moyen = 13,9 ans, délai moyen avant instauration du traitement = 10 mois). Au total, moins de la moitié des jeunes (44 %) ont reçu un traitement hormonal masculinisant ou féminisant par hormones sexuelles (âge moyen = 16,9 ans, délai moyen avant l'instauration = 14 mois). Au total, 8,7 % des jeunes ayant reçu un traitement hormonal par hormones sexuelles ont réalisé une préservation de fertilité. Les demandes de chirurgie avant 18 ans restent très rares. Les plus fréquentes sont les torsoplasties (20 %) réalisées à l'âge moyen de 18,44 ans et jamais avant 16 ans.

Conclusion

Les résultats de cette cohorte sont proches de ceux rapportés par d'autres centres européens pour ce qui concerne la proportion plus élevée de jeunes assignés de genre féminin à la naissance. En revanche, ils diffèrent avec des chiffres plus bas en termes de recours à des traitements hormonaux. La transition sociale est dans notre centre la demande la plus fréquente mais elle n'est pas systématique. Nous discuterons la place de la parole dans notre accompagnement pour expliquer ces différences.



Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence

Available online 21 June 2023

In Press, Corrected Proof [? What's this?](#)

Article original

Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France

Clinical profiles and care of transgender children and adolescents in a specialized consultation in Île-de-France

C. Lagrange, J. Brunelle, F. Poirier, H. Pellerin, N. Mendes, G. Mamou, N. Forno, L. Woestelandt, D. Cohen, A. Condat  

[Show more](#) [Outline](#) | [Share](#)  [Cite](#) <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.05.001>[Get rights and content](#)

Résumé

Contexte

Il existe très peu de données cliniques françaises sur les modalités de prise en charge médicale des enfants et adolescents transgenres alors que le sujet vient très régulièrement sur le devant de la scène médiatique.

Méthode

Nous proposons dans cet article de décrire de manière rétrospective l'ensemble des enfants et adolescents reçus depuis 2012 dans la plus importante consultation spécialisée identité de genre enfants et adolescents d'Île-de-France. Outre leurs caractéristiques sociodémographiques, nous étudions la présence ou non d'une incongruence de genre selon les critères de la CIM 11, les vulnérabilités psychiatriques et sociales des sujets et décrivons les principales modalités de prise en charge proposées : la transition sociale, le blocage pubertaire, les transitions hormonales et/ou les rares transitions chirurgicales. Ces trois dernières propositions sont discutées en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Résultats

Nous avons colligé 239 jeunes âgés de 3 à 20 ans. L'âge moyen auquel les jeunes et leur famille sont vus au premier rendez-vous est de 14,5 ans ($\pm 3,16$). Au total, 91 % de l'échantillon présentent une incongruence de genre, 32 % ayant exprimé cette incongruence avant la puberté. Deux-tiers sont des jeunes assignés de sexe féminin à la naissance ($p < 0,05$). En termes de psychopathologie, les troubles dépressifs et anxieux, ainsi que la suicidalité arrivent largement avant les autres cooccurrences psychiatriques. L'ostracisme et le rejet

scolaire sont fréquents. Par rapport à la population adolescente générale, les jeunes de la consultation spécialisée sont beaucoup plus exposés aux discriminations et aux insultes, voire aux agressions sexuelles dans l'espace public, que leurs pairs et l'internalisation de la transphobie par ces jeunes est particulièrement importante. Au total, 40 % des jeunes ont effectué une transition sociale avant le premier rendez-vous et 74 % et 61 % d'entre elles/eux l'ont fait au sein de la famille et à l'école (l'âge moyen de la transition sociale à l'école = 15,13 ans). Au total, 35 % des jeunes ont officialisé en mairie le changement de prénom (l'âge moyen = 16,26 ans). La prise de bloqueurs de puberté concerne 11 % des jeunes qui ont atteint la puberté (âge moyen = 13,9 ans, délai moyen avant instauration du traitement = 10 mois). Au total, moins de la moitié des jeunes (44 %) ont reçu un traitement hormonal masculinisant ou féminisant par hormones sexuelles (âge moyen = 16,9 ans, délai moyen avant l'instauration = 14 mois). Au total, 8,7 % des jeunes ayant reçu un traitement hormonal par hormones sexuelles ont réalisé une préservation de fertilité. Les demandes de chirurgie avant 18 ans restent très rares. Les plus fréquentes sont les torsoplasties (20 %) réalisées à l'âge moyen de 18,44 ans et jamais avant 16 ans.

Conclusion

Les résultats de cette cohorte sont proches de ceux rapportés par d'autres centres européens pour ce qui concerne la proportion plus élevée de jeunes assignés de genre féminin à la naissance. En revanche, ils diffèrent avec des chiffres plus bas en termes de recours à des traitements hormonaux. La transition sociale est dans notre centre la demande la plus fréquente mais elle n'est pas systématique. Nous discuterons la place de la parole dans notre accompagnement pour expliquer ces différences.

Abstract

Context

French clinical data on the medical management of transgender children and adolescents are scarce. Yet, the topic regularly comes to the forefront of the media.

Method

In this article, we propose to retrospectively describe all the children and adolescents received since 2012 in the largest specialized gender identity consultation for children and adolescents in Île-de-France. In addition to their sociodemographic characteristics, we study the presence or not of gender incongruence according to the ICD 11 criteria, the psychiatric and social vulnerabilities, and describe the main management modalities proposed: social transition, puberty blockage, hormonal transitions and/or rare surgical transitions. These last three proposals were discussed in multidisciplinary concertation meetings.

Results

We collected 239 youths aged 3 to 20 years. The mean age at which youth and their families were seen at the first appointment was 14.5 years (± 3.16). In all, 91% of the sample had gender incongruence, with 32% expressing gender incongruence before puberty. Two-thirds were youth assigned female at birth ($P < 0.05$). In terms of psychopathology, depressive and anxiety disorders, as well as suicidality, came well ahead of other psychiatric co-occurrences. School ostracism and rejection were common. Compared to the general adolescent population, the young people in the specialized consultation are much more exposed to discrimination and insults, and even sexual aggression in the public space, than their peers, and the internalization of transphobia by these young people is particularly important. In all, 40% of the young

people made a social transition before the first consultation and 74% and 61% of them did so within the family and at school (the average age of social transition at school = 15.13 years). In all, 35% of the young people made the name change official at the town hall (the average age = 16.26 years). Puberty blockers were used by 11% of the youths who had reached puberty (mean age = 13.9 years, mean time to initiation = 10 months). In total, fewer than half of the youths (44%) received masculinizing or feminizing sex hormone treatment (mean age = 16.9 years, mean time to initiation = 14 months). In all, 8.7% of the young people who received sex hormone treatment underwent fertility preservation. Requests for surgery before the age of 18 remain very rare. The most frequent are torsoplasties (20%) performed at a mean age of 18.44 years and never before 16 years.

Conclusion

The results of this cohort are close to those reported by other European centers in terms of the higher proportion of young people assigned female at birth. However, they differ with a lower proportion of hormonal treatment. Social transition is the most frequent request in our center, but it is not systematic. We wonder whether the place of narration while in our care may explain these differences.

Mots clés

Incongruence de genre; Dysphorie de genre; Transgenre; Transidentité; Enfance; Adolescence; Cooccurrence; Traitement; Prise en charge

Keywords

Gender incongruence; Gender dysphoria; Transidentity; Childhood; Adolescence; Co-occurrence; Treatment; Care

1. Introduction

Au XXI^e siècle, nos sociétés accueillent et reconnaissent toujours difficilement les personnes transgenres, avec des différences importantes en fonction des états, des cultures, de la religion, et du milieu rural ou urbain d'origine. Les transidentités renvoient aujourd'hui à une diversité d'identités de genre. Il est question de personnes transmasculines, transféminines, non binaires, agenres, et autres. Les personnes trans ont en commun d'exprimer une identité de genre et une perception de soi différente de celle qui leur a été attribuée à la naissance, en général d'après l'observation de leurs organes génitaux externes. Les transidentités se caractérisent de manière singulière et construites quant à l'identité de genre, sachant que l'identité de tout un chacun se construit de manière singulière [1], [2].

L'expérience de la transidentité peut être douloureuse d'où le terme retenu par les experts ayant contribué au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [3] de « dysphorie de genre » (DG) qui souligne une souffrance significative exprimée ou un risque de souffrance chez le sujet qui éprouve cette incongruence entre le sexe de naissance et le genre [4]. La notion de non-binarité y apparaît également avec le terme « genre alternatif ». Le terme de « dysphorie de genre » tend actuellement à être réactualisé au profit de la nouvelle dénomination de la CIM 11 [5] qui définit l'« incongruence de genre » non plus comme un diagnostic de pathologie mais comme une condition relative à la santé sexuelle. Les transidentités ne sont pas toujours associées à une souffrance, bien que ce vécu puisse s'avérer douloureux par l'éprouvé intime de cette transidentité [6], mais aussi du fait du vécu social, de la discrimination, du harcèlement, des agressions

et de la transphobie intériorisée [7]. Les personnes trans peuvent ainsi traverser au cours de leur vie des moments de « crise subjective » et/ou de « crise sociale » qu'une transition, sociale et/ou médicale, voire médicochirurgicale va aider à améliorer [7].

On ne dispose pas à ce jour de données démographiques précises quant à la population transgenre en France. La littérature internationale comporte deux types d'études. Les premières réalisées à partir du nombre de personnes transgenres reçues dans les services spécialisés, estiment la fréquence des personnes transgenres entre 1/12 000 à 1/37 000 femmes transgenres et 1/30 000 à 1/110 000 hommes transgenres [8]. Ces études recensent seulement une partie des personnes transgenres : il s'agit des personnes qui souhaitent recourir à une transition médicale et qui décident d'avoir recours à une consultation spécialisée. Le second type d'études, plus récentes, consiste en des enquêtes explorant de manière large les questions d'identité de genre. Ces études recensent toutes les personnes qui se perçoivent dans un genre différent de leur genre d'assignation à la naissance, sans forcément souhaiter une transition, et comprennent les personnes non binaires. Elles estiment la fréquence de la transidentité autour de 1 % chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte [9]. À notre connaissance, on ne dispose pas de données directes pour les enfants prépubères. Concernant les grands adolescents, deux études portant sur respectivement 8500 lycéens en Nouvelle-Zélande et 2730 adolescents aux États-Unis évaluent la fréquence de la transidentité autour de 1,2 % [10], [11]. Le nombre d'enfants et adolescents concernés reste donc faible, y compris dans le contexte des évolutions sociétales récentes.

Chez les adolescents, le sex-ratio qui favorisait les jeunes filles trans¹ jusque dans le milieu des années 2000 semble avoir évolué depuis en faveur des garçons trans² dans différents pays (Canada, Pays-Bas, Finlande) [12], [13]. L'ouverture de programmes dédiés à la prise en charge des jeunes transgenres a été suivie d'une augmentation des demandes, ce qui pose la question d'une réelle augmentation de la fréquence des transidentités ou d'un accès aux prises en charge plus facile pour les jeunes et leurs parents, en partie du fait de la dépathologisation et de la déstigmatisation des transidentités [8], [9], [11], [12], [13], [14], [15]. On peut penser que certains pays sont plus tolérants avec les personnes transgenres facilitant ainsi l'annonce de la transidentité, et donc l'accès aux services d'évaluation et d'accompagnement clinique.

Alors que des consultations spécialisées dans l'évaluation clinique et la prise en charge des questions d'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent se sont développées depuis les années 1970 aux États-Unis et au Canada, puis aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne [16], l'accès à une information et à des soins spécialisés s'est établi beaucoup plus récemment en France avec deux sites pionniers à Lille et à Paris. En Île-de-France, quatre consultations sont disponibles : à l'hôpital Robert-Debré, au Centre intersectoriel pour adolescent (CIAPA), au Centre médico-psychologique et pédagogique (CMPP) Pichon-Rivière et à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. L'équipe de la Pitié-Salpêtrière – Sorbonne université coordonne le réseau porté par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARSIF), la plateforme trajectoires jeunes trans (TJT). Cette plateforme est née dans la continuité d'un partenariat existant depuis 2013 entre les services hospitaliers de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des hôpitaux Pitié-Salpêtrière, Fondation Vallée puis CIAPA et Robert-Debré ainsi que le service d'endocrinologie pédiatrique de Robert-Debré, autour du début de l'accompagnement des mineurs transgenres en France. Des relations de confiance se sont construites progressivement entre les professionnels de santé, les associations trans et l'association de parents Grandir Trans qui réunit 1300 familles. Ce réseau s'est agrandi avec les services de biologie de la reproduction, d'endocrinologie, de pédiatrie, de santé sexuelle, de chirurgie côté hospitalier, du Réseau Santé Trans (ReST), de centres de santé et de praticiens libéraux côté ville, de juristes, éthiciens et chercheurs dans le champ des transidentités, l'ensemble des différents partenaires étant réuni autour de l'intérêt commun de la santé globale des mineurs et jeunes adultes trans.

L'équipe du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille a décrit l'accompagnement au sein d'une unité de consultation pluridisciplinaire proposant l'accueil, et le cas échéant, l'évaluation diagnostique d'une dysphorie de genre, l'évaluation thérapeutique, l'accompagnement individualisé à un parcours de transition (sociale et/ou hormonale et/ou administrative et/ou chirurgicale) en appui des standards de soins édités par la WPATH [17]. Ce papier présente aussi une description d'une cohorte de 43 adolescents et jeunes adultes de 15 à 25 ans (moyenne d'âge 19 ans). Une étude antérieure de cohorte en France concerne uniquement les sujets adultes (âge médian : 31 ans) [18]. À ce jour, il existe donc très peu de données françaises.

L'apparition d'une offre de soins autrefois inexistante avec l'ouverture de centres de référence et la plus grande visibilité des transidentités sont le corolaire d'une augmentation des demandes de consultations chez les mineurs au cours des dernières années. Afin de préciser une représentation de la population transgenre, non conforme ou en questionnement qui consulte dans un centre spécialisé en France, nous proposons dans cet article de décrire de manière rétrospective l'ensemble des enfants et adolescents qui ont été reçus depuis 2012 à la consultation identité sexuée du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP – Sorbonne université. Outre leurs caractéristiques sociodémographiques, nous évaluerons la présence, ou non, d'une incongruence de genre selon les critères de la CIM-11 et l'existence d'éventuelles cooccurrences psychiatriques, puis nous décrirons les principales modalités de prise en charge proposées, à savoir la transition sociale, le blocage pubertaire, les transitions hormonales et les transitions chirurgicales. Nous rendrons compte des modalités retenues par les jeunes pour leur vivre leur transidentité, ainsi que des délais et du cadre éthique d'instauration des traitements proposés.

2. Méthodes

2.1. Contexte

La consultation spécialisée identité sexuée a ouvert en 2012 dans le service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, à l'initiative de Colette Chiland [4]. Elle reçoit des enfants et des adolescents mineurs transgenres et/ou en questionnement concernant leur identité de genre et leurs familles. Les jeunes et leurs familles sont reçus à leur demande, sur adressage médical et/ou adressés par des associations de personnes concernées. La consultation est pluridisciplinaire ; elle associe pédopsychiatres, psychiatres, psychologues, endocrinopédiatres, endocrinologues, pédiatres, chirurgien-ne-s, biologistes de la reproduction, médecins en santé sexuelle, psychomotricien-ne-s, juristes, éthicien-ne-s. Elle a pour mission d'accompagner les jeunes et leurs familles dans leurs questionnements de genre, et ce dans une perspective bienveillante, non jugeante respectant les standards de soins édités par la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) [19]. L'information médicale, au même titre que les soins proposés, prennent en compte les données scientifiques, le savoir situé des personnes trans, les recommandations internationales, et s'appuient sur la tradition clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ainsi que sur une analyse éthique d'après le principisme de Beauchamp et Childress [20]. Depuis 2015, les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont coordonnées à un rythme mensuel.

2.2. Critères d'inclusion

L'unique critère d'inclusion est d'avoir été reçu à la consultation identité sexuée du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié-Salpêtrière entre juin 2012 et mars 2022 (8 en 2022). L'informatisation précoce de la consultation et des RCP permet d'avoir des données depuis le début de l'année 2012. Les

239 sujets inclus correspondent donc à la totalité des sujets reçus à la consultation identité sexuée depuis juin 2012 jusqu'en mars 2022, sans aucun critère d'exclusion. Il s'agit de tous les enfants et adolescents ayant demandé à être reçus dans le cadre de cette consultation spécialisée. La majorité d'entre elles/eux a été vue dans le cadre de consultations ambulatoires sur adressage médical ou des associations, ainsi qu'à la demande de leurs parents. Cependant, certain-e-s ont été rencontré-e-s alors qu'ils/elles étaient hospitalisé-e-s dans le service de pédopsychiatrie pour avis concernant des questionnements exprimés sur l'identité de genre. Les jeunes accompagné-e-s de leurs parents ou d'un tiers sont tous et toutes reçu-e-s en début de prise en charge par l'un des médecins pédopsychiatres qui va proposer des consultations axées sur l'exploration de l'identité de genre, l'histoire développementale, la recherche d'éventuelles cooccurrences psychiatriques, l'inscription scolaire et sociale du sujet, et la dynamique familiale (fratrie, personnes proches). Depuis 2021, en l'absence de point d'appel psychiatrique dans les informations recueillies à l'inscription à la consultation, les consultations psychodynamiques autour de l'exploration de l'identité de genre, de l'élaboration de la demande d'affirmation de genre et d'accompagnement psychologique peuvent être assurées par un-e psychologue qui reçoit alors le jeune et sa famille dès la première consultation, une rencontre avec un-e pédopsychiatre intervenant dans les semaines qui suivent ce premier entretien afin d'évaluer les cooccurrences éventuelles et compléter l'histoire développementale dans une perspective médicale.

2.3. Variables étudiées

Dès les débuts de la consultation identité sexuée, il a été décidé de collecter un certain nombre de données sociodémographiques et cliniques, sur papier puis sur une base de données interne au service, dans une perspective de recherche. La *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents* a été utilisée pour évaluer les éventuelles cooccurrences psychiatriques [21]. L'équipe de cliniciens étant aussi une équipe de chercheurs avec d'emblée la perspective d'étudier cette cohorte de manière prospective, il n'y a pas eu de donnée manquante. Pour les jeunes reçus de 2012 à 2017, les données avaient été colligées sur le dossier médical papier de chaque patient et ont été secondairement reportées sur la base de données informatisée. À partir de 2017, les données étaient recueillies d'emblée sur la base de données en plus du dossier papier. La base de données utilisée est un fichier Excel élaboré par Fanny Poirier et Agnès Condat en 2017. Elle a ensuite été renseignée par les médecins et psychologues impliqués dans la prise en charge des jeunes et des familles, Julie Brunelle, Chrystelle Lagrange, Fanny Poirier, Grégor Mamou, Nicolas Mendès et Agnès Condat.

2.3.1. Les données sociodémographiques

L'âge à la première consultation, le genre exprimé, le genre d'assignation de naissance, le niveau socioéconomique sur la base de la profession des parents selon un score de 1 à 3 (1 : bon, 2 : moyen, 3 : faible), la situation familiale (le/la jeune vit avec ses deux parents, parents séparés, vit avec un seul parent, est placé-e à l'aide sociale à l'enfance [ASE], autres) et l'orientation sexuelle telle qu'exprimée par le jeune lui-même quand elle a été exprimée (hétérosexuelle, homosexuelle, bisexuelle, pansexuelle, autres, encore indéterminée).

2.3.2. Identité de genre

Le genre exprimé par le sujet (féminin, masculin, non binaire, genre fluide, ou autre), la condition d'incongruence de genre (selon la CIM 11) fondée sur le discours des sujets et des parents, l'âge de début des questionnements d'identité de genre (avant ou après la puberté) selon les dires du sujet et des parents. Quand le discours des parents ne corroborait pas celui du sujet, nous avons choisi de reporter les dires du

sujet. Pour les jeunes ayant été reçus avant 2019, la référence quant à la condition trans était celle du diagnostic de dysphorie de genre selon le DSM-5. L'ensemble de ces cotations DSM-5 a été repris dans le détail a posteriori par Agnès Condat et Julie Brunelle pour avoir une cotation par la CIM 11 pour tous les sujets. Il est important de noter que certains jeunes qui ne validaient pas le diagnostic de dysphorie de genre du fait de l'absence de souffrance en lien avec leur transidentité valident la condition incongruence de genre selon la CIM 11 qui ne demande pas ce critère de souffrance.

2.3.3. Les données de psychopathologie générale

Les éventuelles cooccurrences psychiatriques ont été évaluées par les médecins seniors selon les critères du DSM-5 au cours des consultations en utilisant le *Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents* [21]. Les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et de harcèlement, de rupture scolaire ainsi que les troubles instrumentaux ont également été renseignés. Ces données cliniques sont reportées selon les dires des sujets, confirmés par les parents et/ou les structures scolaires contactées et consignées dans leur dossier médical, ainsi que par des bilans spécialisés (neuropsychologique, orthophonique, psychomoteur) pour les troubles instrumentaux. Tous les suivis des enfants ou adolescent-e-s s'accompagnent d'entretiens réguliers avec leurs parents (et/ou le cas échéant les référents de l'ASE).

2.3.4. Les propositions de transition sociale et/ou médicale

Nous avons également systématiquement listé les propositions de transition sociale et/ou médicale qu'elles aient été mises en œuvre avant le début du suivi ou plus souvent au cours de celui-ci. Nous avons colligé les éventuels transitions sociales, blocages pubertaires par analogue de la GnRH, transitions hormonales (hormones masculinisantes ou féminisantes selon les cas) et transitions chirurgicales, changements de prénom et transitions juridiques à l'état civil. Quand un traitement hormonal et/ou exceptionnellement chirurgical a débuté en cours de suivi, nous avons calculé le délai moyen entre la première consultation et le début de ces traitements.

2.4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été conduites avec le logiciel R 4.0.3, en ayant recourt à des tests bilatéraux avec un niveau de significativité fixé à 5 %. Nous avons commencé par décrire l'échantillon global, ainsi que par classes d'âge au premier rendez-vous. La distribution des variables qualitatives est donnée par le nombre et le pourcentage d'occurrences de chaque modalité. La distribution des variables quantitatives a été résumée par la moyenne et l'écart-type, ou par la médiane et l'intervalle interquartiles, selon la forme des distributions.

3. Résultats

3.1. Description globale de l'échantillon

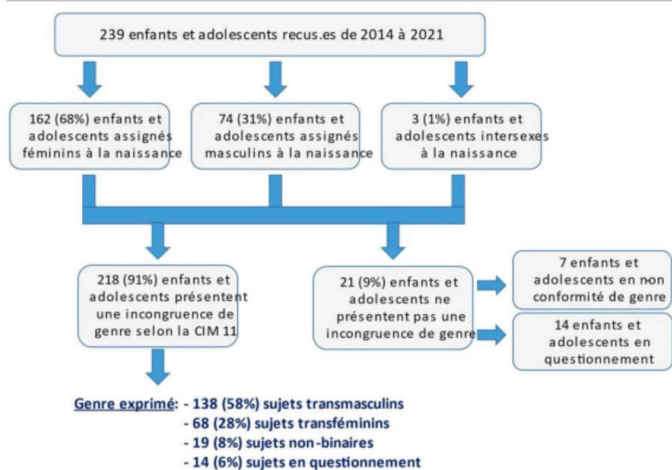
Au total, 239 jeunes personnes ont été reçu-e-s à la consultation identité sexuée entre juin 2012 et mars 2022, dont 68 % de jeunes assignés de genre féminin à la naissance, 31 % de jeunes assignés de genre masculin et 1 % de jeunes intersexes du fait de variations du développement génital (Tableau 1, Fig. 1). L'incongruence de genre selon les critères de la CIM 11 est confirmée chez 218 jeunes (91 %). Parmi les jeunes qui ne remplissent pas les critères de la CIM 11, soient 21 jeunes, 7 jeunes expriment une non-conformité de genre, c'est-à-dire, que leur expression de genre ne correspond pas aux stéréotypes sociaux binaires de genre sans remplir pour autant les critères de l'incongruence de genre selon la CIM-11. Enfin,

14 jeunes sont en questionnement quant à leur identité de genre sans pour autant s'identifier à, ni exprimer un genre autre que leur genre de naissance. Si l'on étudie l'identité de genre exprimée par ces jeunes, on relève que 138 jeunes se reconnaissent dans une identité transmasculine, 68 dans une identité transféminine, 19 dans une identité non binaire, alors que 14 jeunes sont en questionnement (différence significative de genre assignée à la naissance, $p < 0,05$).

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et genre exprimé.

	n = 239
Genre assigné à la naissance	
Féminin, n (%)	162 (68)
Masculin, n (%)	74 (31)
Intersexes, n (%)	3 (1)
Âge au premier rendez-vous	14,50 (3,16) [3,22–20,69]
Moyenne (écart-type) [min–max]	
Situation familiale	
Vit avec ses deux parents, n (%)	142 (59,41)
Vit avec un seul parent, n (%)	66 (27,62)
Garde alternée, n (%)	14 (5,86)
Placement aide sociale à l'enfance (ASE), n (%)	13 (5,44)
Autres, n (%)	4 (1,67)
Niveau socioéconomique	
Faible, n (%)	45 (18,83)
Moyen, n (%)	98 (41)
Bon, n (%)	96 (40,17)
Scolarité	
Ordinaire, n (%)	159 (66,53)
Spécialisée, n (%)	17 (7,11)
Déscolarisation, n (%)	63 (26,36)
Orientation sexuelle	
Hétérosexuelle, n (%)	24 (10,1)
Homosexuelle, n (%)	27 (11,4)
Bisexuelle, n (%)	4 (1,7)
Pansexuelle, n (%)	10 (4,2)
Non communiquée, n (%)	174 (73,4)
Moins de 12 ans au premier rendez-vous	

n (%)	41 (17)
Âge au premier rendez-vous si < 12 ans au premier rendez-vous	
Moyenne (écart-type) [min-max]	8,55 (2,46) [3,22-11,90]
Genre assigné à la naissance si < 12 ans au premier rendez-vous	
Féminin, n (%)	13 (32)
Masculin, n (%)	28 (68)
Intersexes, n (%)	0
Plus de 12 ans au premier rendez-vous	
n (%)	198 (83)
Âge au premier rendez-vous si > 12 ans au premier rendez-vous	
Moyenne (écart-type) [min-max]	15,73 (1,39) [12,06-20,69]
Genre assigné à la naissance si > 12 ans au premier rendez-vous	
Féminin, n (%)	149 (75)
Masculin, n (%)	46 (23)
Intersexes, n (%)	3 (2)
Critères incongruence de genre CIM 11, n (%)	218 (91)
Incongruence de genre ayant débuté avant la puberté, n (%)	77 (32)



Download : [Download high-res image \(528KB\)](#)

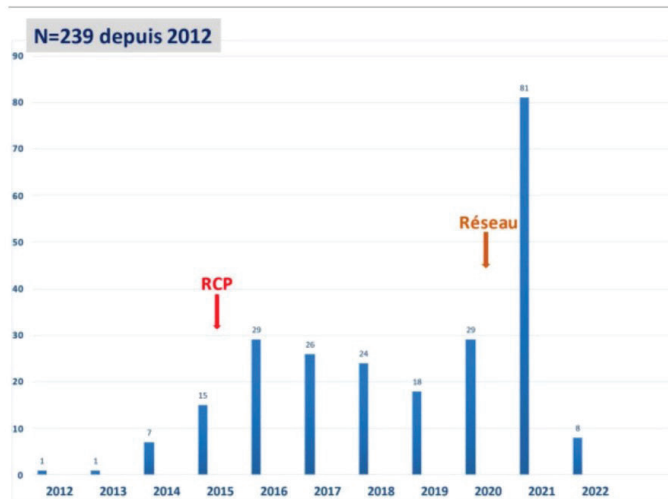
Download : [Download full-size image](#)

Fig. 1. Genre exprimé par les jeunes reçu-e-s à la consultation.

Pour un tiers des jeunes de la cohorte (32 %), l'incongruence de genre a été exprimée par le jeune et/ou repérée par ses parents avant la puberté physiologique. Au total, 41 jeunes (17 %) avaient moins de 12 ans au premier rendez-vous. Pour ces jeunes prépubères, l'âge moyen au premier rendez-vous était de 8,5 ans ($\pm 2,46$). Le plus jeune enfant reçu avait 3 ans ; il s'agissait d'un enfant assigné fille à la naissance dont la mère était très inquiète de son insistance à affirmer être un garçon, se genrer au masculin et reprendre ses parents qui s'adressaient à leur enfant au féminin. Après deux années de prise en charge, la question du genre n'était plus au premier plan ; cette enfant qui s'identifie fille aujourd'hui en accord avec son genre assigné naissance, est encore suivie à notre consultation dans le cadre d'un accompagnement psychodynamique global. Parmi les jeunes qui ont consulté avant la puberté, 32 % étaient des jeunes assignés de genre féminin à la naissance alors que 68 % étaient assignés de genre masculin.

Au total, 83 % des 239 jeunes personnes reçues avaient plus de 12 ans au premier rendez-vous. L'âge moyen au premier rendez-vous était de 15 ans et 9 mois. Au total, 75 % de ces jeunes ayant consulté après l'âge de 12 ans étaient assignés de genre féminin à la naissance, 23 % étaient assignés de genre masculin, et 2 % étaient des personnes intersexes.

La Fig. 2 montre la progression des nouvelles consultations au fil des années. L'augmentation initiale correspond à l'ouverture de la consultation identité sexuée avec une progression jusqu'en 2016 d'un nouveau patient reçu en consultation en 2012 à 29 nouveaux patients au total pour l'année 2016. Un effet de plateau est visible de 2017 jusqu'à la fin de l'année 2020. Il s'explique par le suivi des patient-e-s référencé-e-s et la prise en charge de nouveaux patient-e-s à moyens constants (2 pédopsychiatres à temps partiel sur cette activité). Depuis le dernier trimestre 2020, un travail de réseau a été fait en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) pour ouvrir la plateforme intitulée « Trajectoires Jeunes Trans d'Île-de-France », dédiée aux soins spécifiques des enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes trans. Des moyens humains supplémentaires (1 pédopsychiatre) ont été alloués à la consultation à partir du dernier trimestre 2020, qui ont permis d'augmenter la capacité d'accueil. Le nombre de nouvelles demandes (nouveaux rendez-vous + demandes sur liste d'attente) quant à lui est stable depuis 2018–2019.



[Download : Download high-res image \(287KB\)](#)

[Download : Download full-size image](#)

Fig. 2. Nombre de nouveaux patients pris en charge (2012–2022).

Au plan des données sociodémographiques (**Tableau 1**), 81,17 % des familles des jeunes de la cohorte ont un niveau socioéconomique moyen à bon. Plus de la moitié des jeunes vivent avec leurs deux parents (59,41 %) ; 27,62 % vivent avec un seul parent. Il faut noter que 5,86 % des jeunes reçus à la consultation sont confiés à l'ASE.

Concernant l'orientation sexuelle, seuls 65 jeunes expriment une orientation sexuelle déterminée, plus des deux tiers des jeunes rapportent en effet ne pas savoir encore leur orientation sexuelle. Sur les 65 jeunes ayant exprimé une orientation, l'orientation hétérosexuelle et l'orientation homosexuelle sont retrouvées à parts sensiblement égales (10,1 et 11,4 %). Au total, 4,2 % des jeunes personnes ayant exprimé une identité sexuée se disent pansexuelles, 1,7 % bisexuelles. Les personnes pansexuelles sont des personnes qui peuvent être attirées, sentimentalement ou sexuellement, par une personne quel que soit son sexe ou genre. Sur le plan scolaire, un quart des jeunes (26,36 %) est déscolarisé depuis au moins 3 mois au premier rendez-vous. Au total, 66,53 % des jeunes bénéficient d'une scolarité en milieu ordinaire et 7,1 % en milieu spécialisé. La quasi-totalité des jeunes déscolarisés au premier rendez-vous (soit 61 jeunes sur 63) ont été rescolarisés au cours de la prise en charge.

Sur les 239 sujets, 66 soient 28 % d'entre elles/eux présentent des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Un nombre élevé de jeunes (38 %) rapportent avoir été victime de harcèlement avant la prise en charge, essentiellement dans le cadre scolaire. Avant la prise en charge, les antécédents de suicidalité s'élèvent à 46 % et les tentatives de suicide à 24 % de l'effectif global (**Tableau 2**). Selon l'évaluation par le MINI-KID (DSM-5), les épisodes dépressifs majeurs arrivent au premier rang des cooccurrences psychiatriques (60 %). Si 57 jeunes (24 %) avaient fait une tentative de suicide avant le premier rendez-vous, 6 jeunes ont fait une tentative de suicide au cours de la prise en charge. Un jeune (assigné de genre féminin à la naissance) s'est malheureusement suicidé ; il s'agissait d'un jeune majeur présentant des troubles psychiatriques ayant conduit à plusieurs hospitalisations et une prise en charge de plusieurs années en hôpital de jour depuis le début de l'adolescence. Sa transition médicale mais aussi sociale lui avait été refusée jusqu'à sa majorité si bien qu'il n'a pu être reçu à la consultation qu'après ses 18 ans. Il avait pu initier une transition hormonale quelques semaines avant son suicide. Il avait depuis ses 18 ans choisit d'être suivi en ville pour ses troubles psychiatriques avec l'accord de ses parents. Son traitement médicamenteux était lourd et son observance variable ; il traversait des épisodes d'effondrement dépressif et était socialement très isolé. Le suicide est survenu par médicaments dans ce contexte.

Tableau 2. Antécédents d'hospitalisation, harcèlement scolaire, suicidalité et cooccurrences psychiatriques.

	n = 239
Données d'après comptes-rendus des dossiers médicaux et/ou récits des parents	
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie avant prise en charge	66 (28 %)
Antécédents de harcèlement scolaire avant prise en charge	92 (38 %)
Antécédents de rupture scolaire (durée > 3 mois) avant prise en charge	79 (33 %)
Antécédents de suicidalité	110 (46 %)
Antécédents de tentative de suicide	57 (24 %)
Données du MINI (DSM-5)	

Épisode dépressif caractérisé	143 (60 %)
Trouble bipolaire I	1
Trouble bipolaire II	0
Trouble bipolaire non spécifié	1
Trouble panique	29 (12 %)
Agoraphobie	33 (14 %)
Angoisse de séparation	51 (21 %)
Trouble anxieux généralisé/phobie sociale	97 (41 %)
Phobies spécifiques	12 (5 %)
Trouble obsessionnel compulsif	8 (3 %)
État de stress post-traumatique	25 (10 %)
Abus de substance	11 (5 %)
Syndrome Gilles de la Tourette	0
TDAH	15 (6 %)
Troubles des conduites	7 (3 %)
TOP	6 (3 %)
Troubles psychotiques	13 (5 %)
Anorexie mentale	16 (7 %)
Trouble boulimique	11 (5 %)
Trouble de l'adaptation	42 (18 %)
TSA	22 (9 %)
État limite	23 (10 %)
Autres	
Troubles instrumentaux	50 (21 %)

TDAH: trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité; TOP: trouble oppositionnel avec provocation; TSA: trouble du spectre de l'autisme.

Les troubles anxieux généralisés et les phobies sociales occupent une place très importante (41 %) dans cette clinique, et l'on constate une place significative pour l'agoraphobie (14 %), les troubles de l'adaptation (18 %), et les troubles paniques (12 %). Suivent à des taux légèrement inférieurs, les troubles du spectre autistique (9 %) sur lesquels nous reviendrons, les épisodes de stress post-traumatique (10 %), les états-limites (10 %), le TDAH (6 %), l'anorexie mentale (7 %), les troubles psychotiques (5 %), les abus de substances toxiques (5 %). Les troubles boulimiques (3 %) sont moins représentés dans l'échantillon.

Les troubles instrumentaux sont relativement élevés (21 %). Non spécifiés par le MINI-KID, ils ont toutefois été systématiquement investigués par un médecin senior lors des entretiens cliniques, puis par un bilan

spécifique si un point d'appel était visible. Les principaux troubles retrouvés par ordre décroissant de fréquence sont : la dyslexie-dysorthographe (DLDO), la dyspraxie, la dysgraphie. Ces troubles ont été systématiquement pris en charge (Tableau 2).

3.2. Les transitions

Comme rappelé dans la section méthode, la prise en charge est multidisciplinaire et peut comprendre des propositions de transition de genre. Nous décrivons ces différentes modalités de transition des jeunes reçus à notre consultation entre 2012 et 2022 d'un point de vue social, hormonal et chirurgical.

3.2.1. Sociale et juridique

En juin 2022, avant ou au cours du suivi, 74 % ont effectué une transition sociale au sein de la famille et 61 % à l'école (Tableau 3). L'âge moyen de la transition sociale à l'école est de 15,13 ans (\pm 2,6). Pour 40 % des jeunes de la cohorte, la transition sociale a été faite avant la première consultation (famille, groupes de pairs, école). Rarement, la transition sociale peut avoir été précoce au cinquième anniversaire pour la plus précoce que nous ayons observée. L'enfant en question avait été déscolarisée suite au refus de l'école maternelle d'accepter sa demande de transition sociale, des troubles somatiques de type maux de ventre étant apparus qui empêchaient le maintien en classe. Elle a pu être rescolarisée avec un changement d'école dans son identité de genre vécue et exprimée ; elle est actuellement en classe de quatrième et n'a jamais manifesté de phobie scolaire depuis sa transition sociale.

Tableau 3. Transitions sociales et juridiques.

	n = 239
Transition sociale avant le premier rendez-vous	96 (40 %)
Transition sociale dans la famille en cours de prise en charge	178 (74 %)
Transition sociale à l'école en cours de prise en charge	144 (61 %)
Changement de prénom à l'état civil (mairie) en cours de prise en charge	83 (35 %)
Changement de la mention du sexe à l'état civil en cours de prise en charge	19 (8 %)
Âge de la transition sociale à l'école	15,13 (2,6)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[4,99-21,42]
Âge du changement prénom à la mairie (69 sujets renseignés/83)	16,26 (2,06)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[8,87-21,17]
Âge du changement de la mention du sexe à l'état civil (17 sujets renseignés/19)	19,48 (1,17)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[17,49-21,55]

En juin 2022, avant ou au cours du suivi, 35 % d'entre elles/eux ont changé de prénom à l'état civil tandis que 8 % ont aussi changé leur mention du sexe à l'état civil. L'âge moyen du changement de prénom à la mairie est de 16,26 ans (\pm 2,06) et l'âge du changement de mention du sexe est de 19,48 ans (\pm 1,17). Rappelons que le changement de la mention du sexe n'est possible qu'après la majorité ou à partir de 16 ans dans le cas où le jeune aurait été émancipé.

3.2.2. Transitions hormonales

Nous avons reporté les traitements médicaux d'affirmation de genre prescrits entre 2012 et 2022 (Tableau 4). Ils comprennent les bloqueurs de puberté (prescrits après le début de la puberté, aux stades Tanner 2 et 3 ou ultérieurement [22], [23], [24], les traitements masculinisants ou féminisants prescrits plus tardivement et les chirurgies (torsoplastie, puis après la majorité appareil génital interne et externe, etc.). L'indication des traitements est systématiquement discutée en RCP. Certains sujets ont bénéficié d'un traitement supprimeur de puberté avant d'être reçus dans le service, ou, d'un traitement avant la mise en place formalisée et informatisée des RCP (avant 2015).

Tableau 4. Transitions hormonales (bloqueurs et hormones).

Blocage de la puberté	
Nombre de sujets traités par bloqueurs de puberté	26 (11 %)
Délai (années) entre la 1^{re} consultation et le traitement	0,84 (1,05)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[-1,25-4,63]
Âge au début du traitement par bloqueurs de puberté	13,87 (2,31)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[10,03-17,77]
Traitement féminisant ou masculinisant	
Nombre de sujets traités par traitement hormones sexuelles	105 (44 %)
Délai (années) entre la 1^{re} consultation et le traitement hormonal	1,20 (0,88)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[-0,11-5,02]
Âge au début du traitement hormonal	16,87 (1,40)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[13,27-20,75]
Préservation de fertilité réalisée	9 (8,57 %)

Sur 239 jeunes, 26 ont bénéficié d'un blocage de puberté (11 %). L'âge moyen de première prescription d'un traitement bloqueur est 13,87 ans (\pm 2,31), le plus jeune avait 10 ans, et le plus âgé 17 ans et demi. Le délai moyen entre la première consultation et la mise en place du traitement par bloqueurs de puberté est de 0,84 ans (\pm 1,05) soit 10 mois ; certains jeunes ont reçu un traitement avant la première consultation.

Moins de la moitié des jeunes reçus à la consultation (44 %) ont bénéficié d'un traitement hormonal féminisant ou masculinisant au cours du suivi. L'âge moyen de première prescription est de 16,87 ans (\pm 1,4). Le délai moyen pour l'instauration du traitement hormonal est de 1,2 années (\pm 0,88) entre la première consultation et le début du traitement. Enfin, 8,57 % des jeunes ayant reçu un traitement hormonal par hormones sexuelles ont choisi de préserver leur fertilité.

3.2.3. Transitions chirurgicales

En ce qui concerne les traitements chirurgicaux, 30 personnes de l'échantillon (20 %) ont eu une torsoplastie, le plus souvent après leur majorité (Tableau 5). L'âge moyen pour la torsoplastie est de 18,44 ans (\pm 1,17). Le plus jeune avait 16,03 ans et le plus âgé 21,46 ans. Concernant la chirurgie génitale, 5 jeunes majeurs ont souhaité une hystérectomie/ovariectomie. L'âge moyen est de 18,8 ans (\pm 0,82). Une

seule personne a souhaité avoir recours à une métoïdioplastie, réalisée à l'âge de 20,62 ans. Concernant les chirurgies de féminisation, une jeune fille majeure a bénéficié d'une vaginoplastie, deux ont bénéficié d'une chirurgie faciale de féminisation, et une d'une augmentation mammaire.

Tableau 5. Transitions chirurgicales (concernent seulement les sujets qui avaient plus de 12 ans au 1^{er} rendez-vous).

Torsoplastie	
Nombre de sujets traités pour torsoplastie parmi les sujets de plus de 12 ans au 1^{er} rendez-vous assignés filles à la naissance (n = 149)	30 (20 %)
Âge au moment de la torsoplastie	18,44 (1,17)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[16,03– 21,46]
Hystérectomie/ovariectomie	
Nombre de sujets ayant bénéficié d'une hystérectomie/ovariectomie parmi les sujets de plus de 12 ans au 1^{er} rendez-vous assignés filles à la naissance (n = 149)	5 (3 %)
Âge de la chirurgie	18,81 (0,82)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[18,24– 20,24]
Chirurgie de féminisation (féminisation du visage et/ou vaginoplastie)	
Nombre de sujets ayant bénéficié d'une chirurgie de féminisation parmi les sujets de plus de 12 ans au 1^{er} rendez-vous assignés garçons à la naissance (n = 46)	3 (7 %)
Âge de la chirurgie des sujets	20,47 (2,17)
Moyenne (écart-type) [min-max]	[18,01– 22,12]
Phalloplastie/métaïodoplastie	
Nombre de sujet ayant bénéficié d'une métaïodoplastie parmi les sujets de plus de 12 ans au 1^{er} rendez-vous assignés filles à la naissance (n = 149)	1 (0,7 %)
Âge de la métaïodoplastie	20,62
Moyenne (écart-type) [min-max]	

4. Discussion

L'évolution du nombre de situations ne peut servir de repère épidémiologique. Avant 2013, il n'y avait pas de consultation dédiée à la transidentité chez l'enfant et l'adolescent en France. Dans notre consultation, nous constatons sur les trois premières années après l'ouverture une augmentation croissante de demandes (entre 2014 et 2017). Après 2017, les rendez-vous sont restés stables puis à partir de la fin de l'année 2020,

nous constatons une nouvelle augmentation qui est liée à un travail des réseaux rendu possible grâce à des financements de l'ARS. En termes de listes d'attente, les demandes de rendez-vous sont stables depuis 2019 et nous ne constatons pas d'évolution épidémique. En Angleterre, le NHS pour les moins de 18 ans montre une augmentation significative des consultations en 10 ans entre 2009 et 2019 avec un doublement des demandes entre 2014 et 2016. Depuis 2017, il existe un plateau avec une augmentation à 6 % [25]. Pour ce qui concerne la consultation néerlandaise pilote, en 35 ans, le nombre de personnes reçues par an a été multiplié par 20 entre 1980 et 2015 [26]. Comme dans la plupart des consultations pour adolescents, nous avons reçu significativement plus de jeunes assignés filles à la naissance que de garçons.

La littérature internationale corrobore en valeur absolue l'augmentation des consultations spécialisées ces dernières années, même si les enfants et les adolescents restent minoritaires. Pour les jeunes pubères, la fréquence de la transidentité est de 1,2 % [10], [11]. Depuis la diversification de la question du genre avec une vision sous forme de continuum [27], il est important dans les études épidémiologiques de distinguer la transidentité de la diversité d'expression de genre. L'estimation la plus fiable pour la prévalence des personnes transgenre est autour de 0,39 % [28]. Cette proportion serait un peu plus élevée chez les adolescents 13–18 ans entre 0,7 et 2,7 % [10], [11]. Il n'y a pas de données chez les enfants prépubères. Par contre, les études réalisées chez des adolescents qui explorent à la fois la transidentité et la non-binarité et la diversité de genre dans son ensemble, retrouvent que 9,2 % des jeunes se considèrent comme transgenre avec une bonne partie d'entre eux qui ne demanderont pas forcément à réaliser une transition [29].

4.1. Critères diagnostics

Au total, 91 % des sujets reçus répondent aux critères diagnostics de l'incongruence de genre de la CIM 11 (ou de la dysphorie de genre du DSM-5). Ce fort pourcentage atteste de la pertinence de l'adressage. Toutefois, le délai d'attente pour un premier rendez-vous, variable de 6 à 18 mois, pondère ce résultat. Des désinscriptions de la liste d'attente se font spontanément lorsque le questionnement transgenre était inscrit dans une dynamique développementale sans une identification durable. Cela étant, même après une telle période d'attente (de 6 à 18 mois), pour 9 % des jeunes, la transidentité n'est pas établie. Nous n'avons trouvé qu'une seule étude française qui répertorie 126 patient-e-s qui ont été vu-e-s entre janvier 2016 et mai 2018 à la consultation Transidentités du centre hospitalo-universitaire de Lille [17]. Au total, 43 d'entre elles/eux étaient âgé-es entre 15 à 25 ans, répondaient au diagnostic de dysphorie de genre, et étaient en demande d'accompagnement.

4.2. Vulnérabilités psychiatriques et morbidités

Les jeunes de notre étude témoignent d'une forte vulnérabilité dans le champ de la santé mentale. L'étude de Lille confirme la vulnérabilité psychiatrique des jeunes reçus (âge moyen : 19 ans) puisque 35 % d'entre elles/eux présentent au moins un antécédent de dépression de sévérité variable [17]. Enfin, les autres cooccurrences psychiatriques occupent une faible place dans notre étude. À hauteur de 7 % pour l'anorexie mentale, 6 % pour le TDAH, 5 % pour les troubles psychotiques, 3 % pour les TOC et les TOP. Quant aux troubles du spectre autistiques (9 %), ils posent une question supplémentaire par rapport aux autres comorbidités psychiatriques. Le lien social et de la communication sont-ils secondaires à la transidentité ou s'agit-il d'un diagnostic séparé des TSA [30] ?

À l'international, les études relèvent des taux similaires d'anxiété sociale (21 %) et de troubles de l'humeur (12 à 64 %) [8], [13], [31], [32]. La littérature établit un lien causal entre les transidentités et les troubles anxieux et affectifs (axe I du DSM-5) [33]. Ces troubles sont plus élevés que dans la population générale (de 18 à 80 %) [8], [34], [35], [36]. La littérature internationale questionne aussi la cooccurrence de

l'incongruence de genre et TSA.

En termes de morbidité, on retrouve une fréquence élevée de décrochage scolaire et de tentatives de suicide. La morbidité est ainsi à mettre en lien avec une vulnérabilité sociale, et des risques psychiatriques plus élevés. Au total, 24 % des jeunes de notre échantillon expriment une forte détresse au prisme d'antécédents de tentatives de suicide avant la prise en charge. Les études en Europe, aux États-Unis et au Canada relèvent aussi une prévalence importante des tentatives de suicide de 22 à 43 % depuis la naissance, et de 9 à 10 % sur l'année précédente chez les personnes transgenres [37], [38]. Les tentatives de suicide sont souvent motivées par le rejet de l'identité de genre et de la dysphorie de genre [39]. Ces taux de dépression dépassent très largement les chiffres retrouvés en population adolescente générale qui peuvent aller jusqu'à 5 % (2 % chez les enfants) [40].

Sur le plan scolaire, 25 % des jeunes (sans troubles développementaux) ont décroché depuis plus de trois mois. Plus d'un tiers des jeunes rapportent à la première consultation avoir été victimes de stigmatisation et d'ostracisme dans l'institution scolaire (38 %). L'accompagnement a permis une rescolarisation de la quasi-totalité d'entre elles/eux. L'étude française [17] retrouve un taux de déscolarisation nettement inférieur (4,6 %) mais l'âge moyen de l'échantillon est plus élevé (19 ans versus 15 ans). Bien que les comportements d'automutilation ne figurent pas dans le MINI-KID, la littérature retrouve des scores significativement plus élevés (8,6 fois plus) dans les populations cliniques transgenres référencées [12].

4.3. La sexualité

Le faible taux de réponses sur la sexualité dans notre étude montre une indétermination dominante quant aux préférences sexuelles des jeunes interrogés relativement conforme à leur jeune âge moyen. Ces données confirment que les notions d'identité de genre et d'identité sexuée ne sont pas superposables puisque décalée dans le temps pour beaucoup de jeunes reçus en questionnement. Ceux qui répondent montrent une proportion égale entre les personnes hétérosexuelles et les personnes homosexuelles. Ces résultats diffèrent de l'étude de Lille puisque 19 % d'absence de réponses et 21 % de sexualité hétérosexuelle. Si l'orientation sexuelle est une construction complexe et multidimensionnelle [41], la détermination de l'orientation sexuelle pour les adolescent-e-s transgenres intervient plus tardivement que pour les adolescent-e-s cisgenres [42]. En outre, certaines orientations sexuelles pourraient majorer les troubles anxiodépressifs ou la suicidalité [43]. Les personnes homosexuelles ou bisexuelles ont deux fois plus de risques face à la dépression [44].

4.4. Accompagnement proposé

Les demandes d'accompagnement des jeunes et adressées à la consultation de l'identité sexuée sont diverses : questionnement sur le genre, demande psychosociale et/ou psychologique, interrogations des parents. La prise en charge d'états anxiodépressifs et les difficultés d'intégration scolaire et sociale est fréquemment sollicitée.

Le nombre important de jeunes qui ont effectué une transition sociale (40 %) ou une transition sociale dans la famille nucléaire (74 %) avant le premier rendez-vous, montre l'enjeu primordial du volet social. L'échantillon de Lille retrouve le même taux [17]. Exprimer son genre, différemment de son sexe de naissance, permet de consolider un changement par rapport à soi-même et dans son lien aux autres. Il s'agit aussi de la seule démarche possible pour les enfants prépubères. La transition en milieu scolaire montre la nécessité d'être accepté et soutenu en milieu scolaire en respectant par exemple le prénom souhaité sur les listes d'appel, et les pronoms choisis. Un tiers ont effectué le changement officiellement auprès de la mairie

pour pouvoir faciliter le changement des papiers d'identité. Depuis 2016, la loi autorise ce changement avec l'accord des deux parents sans justificatif médical. Depuis le 20 septembre 2021, la circulaire Blanquer appuie cette démarche en demandant aux établissements scolaires de respecter le prénom et les pronoms souhaités, et de faciliter les aménagements pratiques pour la transition (vestiaires, toilettes, etc.).

Au plan des traitements hormonaux, nous relevons un faible taux de jeunes qui ont reçu un traitement qui suspend temporairement la puberté. L'étude lilloise ne rapporte qu'un seul cas mais l'âge est ici déterminant. Plusieurs études ont souligné les bénéfices psychologique [45], [46] et l'innocuité relative des traitements par bloqueur [47]. C'est aussi notre expérience clinique. Concernant les traitements hormonaux féminisants ou masculinisants, nous rapportons une proportion plus élevée que l'étude de Lille (42 vs 23 %), mais très rarement avant 16 ans [17]. Dans ces quelques cas, on retrouve des adolescents en grande souffrance, présentant un repli social important et une détresse vis-à-vis des pairs et de la famille, très antérieurs. Par contre, la proportion est plus faible que celle rapportée dans d'autres consultations européennes : 40-41 % de bloqueurs de puberté chez les enfants et adolescents, et 32,2 % de traitements hormonaux d'affirmation chez les plus de 16 ans aux Pays-Bas [48] (notons que ces taux sont restés stables dans le temps chez les mineurs [49]) ; 98 % de bloqueurs de puberté chez les enfants et adolescents et 42 % de traitements hormonaux d'affirmation quand éligibles en Angleterre [50]. Nous nous interrogeons si la place laissée à la parole dans les dispositifs français (c'est aussi le cas à la consultation de Lille) n'influence pas les propositions de soins [17]. Les études internationales se positionnent en faveur d'un bénéfice pour les jeunes qui demandent un traitement féminisant ou masculinisant [51]. C'est aussi le positionnement de la WPATH dans ses recommandations internationales et son analyse de la littérature qui montrent les bénéfices de ces traitements sur la santé mentale, la vie sociale et plus largement la qualité de vie des adolescents [52]. Notons qu'une hormonothérapie auto-administrée est parfois commencée avant le premier rendez-vous pour obtenir des changements corporels. Elle est délivrée par des médecins de ville, voire achetée dans les réseaux parallèles (Internet, laboratoire artisanaux) (rapport relatif à la santé et au parcours de soin des « personnes trans » remis à Monsieur Olivier Veran, ministre des Affaires Sociales et de la Santé en janvier 2022). Nous pensons que l'organisation de filières et de RCP permettrait de répondre à ces dérives.

Les transitions chirurgicales restent exceptionnelles avant la majorité civile en dehors de la torsoplastie (20 %). Les mineurs qui en bénéficient souffrent généralement d'une forte dysphorie de la poitrine qui majore le risque de tentative de suicide et/ou de retrait social complet, et induit une limitation importante des activités sportives. Toutes les décisions de chirurgie sont discutées avec les jeunes et la famille, en RCP et avec les chirurgiens. Les autres chirurgies sont très peu présentes dans notre étude. L'étude de Lille ne rapporte aucune transition chirurgicale.

Même si cette étude n'est pas une étude de devenir, sur l'ensemble des suivis, nous n'avons retrouvé qu'un seul jeune ayant souhaité suspendre sa transition. L'étude de Lille ne mentionne pas les regrets de transition sociale et/ou hormonale [17]. La notion de retransition s'entend pour les personnes qui décident d'effectuer une nouvelle transition : soit vers le sexe de naissance, soit vers un autre genre. On dispose de peu de données épidémiologiques sur leur fréquence qui paraît peu élevée néanmoins. Au plan qualitatif, les retransitions sont plus fréquentes que les regrets [53]. Dans 80 % des cas, les personnes justifient la retransition par un facteur social extérieur (le rejet des pairs et/ou de la famille), et 16 % par un facteur interne (un doute sur l'identité et les raisons médico-psychologiques). Les auteurs soulignent que les pressions sociales et le manque d'accompagnement des personnes concerné-e-s, ainsi que la difficulté d'accès aux soins participent largement de ces décisions. Des taux de retransition avoisinant 10 % sont retrouvés auprès de jeunes dont les deux tiers n'ont pas été eu d'accompagnement comme les

recommandations internationales le préconisent [54], [55].

4.5. Implications et perspectives

Le contexte contemporain invite à repenser plusieurs enjeux sociétaux, médicaux, psychologiques quant à la diversité des parcours de transition, l'accès aux soins, l'accompagnement des demandes d'affirmation de genre [7]. L'accompagnement multidisciplinaire montre un impact positif sur les niveaux d'anxiété, de dépression, la suicidabilité, l'insertion scolaire et sociale, sur les dynamiques familiales et sur la qualité de vie des jeunes. Il est souhaitable pour ces décisions thérapeutiques complexes, d'élargir l'accès au cadre des RCP et au travail commun des équipes pluridisciplinaires.

Des questions éthiques spécifiques et des questions de recherche autour de l'accompagnement des prépubères (transition sociale et/ou blocage de puberté), de la question du consentement de l'enfant et des personnes mineurs restent à approfondir [7]. Cela implique aussi d'aborder plusieurs enjeux : de formation (des acteurs de santé, du personnel scolaire) ; de lutte contre les discriminations sociales dans tous les milieux (scolaires, sportifs...) ce que souligne l'*American Psychological Association* [56] (APA, 2015) ; de soutien tableau aux familles dont les modalités sont très peu étudiées. En effet, une importance particulière doit être portée aux liens avec les parents, au soutien social, à la sécurité et l'appartenance à l'école et le respect du prénom choisi [39].

L'amélioration de la prise en charge des jeunes transgenres prépubères et pubères dans leur développement devra comprendre des recherches spécifiques. En particulier, si la suppression de la puberté permet aux jeunes de poursuivre leur(s) questionnement(s) sur son identité de genre, elle rend possible l'expérimentation d'une transition sociale à l'école, auprès du groupe de pairs et dans la famille en limitant l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires, en réduisant l'isolement et le rejet social et scolaire, et en minorant les conséquences sur la santé. Mais elle est peu étudiée.

Nos résultats pour les cas où il y a eu suppression de puberté montrent l'absence de parcours types de transition qui ne débouchent pas nécessairement vers une transition hormonale et/ou chirurgicale. Elle permet aussi aux adolescent-es, et à leurs parents, de prendre le temps psychique d'élaborer leur propre projet d'affirmation. Autrement dit, il est fondamental de prendre en compte le jeune et de sa famille dans une dimension développementale et singulière.

In fine, il s'agit de promouvoir les droits humains et l'accès à des soins de qualité en luttant contre les discriminations avec une approche éthique centrée sur la personne dans son environnement. Des recherches complémentaires sur les dimensions cliniques, thérapeutiques et éthique dans le champ des transidentités, par rapport aux enjeux des biotechnologies et sur l'offre de soins en santé globale pour les personnes concernées, seront donc les bienvenues.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

[Recommended articles](#)

Références

- [1] C.L. Henrichs-Beck, D.M. Szymanski

Gender expression, body-gender identity incongruence, thin ideal internalization, and lesbian body dissatisfaction

Psychol Sex Orientat Gend Divers, 4 (2017), pp. 23-33


[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

- [2] A. Condat
Sexe d'un autre genre... genre d'un autre sexe, quand la boussole s'affole
Rev Lacanienne, 18 (2017), pp. 107-117
[CrossRef ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [3] American Psychiatric Association
Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)
American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, Washington, D.C. (2013)
[Google Scholar ↗](#)
- [4] N. Mendes, C. Lagrange, A. Condat
La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature
Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 64 (2016), pp. 240-254
[View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [5] Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/World Health Organization (WHO)
11^e édition de la Classification internationale statistique des maladies et problèmes relatifs à la santé (CIM-11)
2019 (2019)
[Google Scholar ↗](#)
- [6] A. Condat
L'affirmation transgenre dans l'enfance et à l'adolescence, In: Les psychoses chez l'enfant et l'adolescent, ERES,
Paris (2016), p. 383
[CrossRef ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [7] A. Condat, D. Cohen
La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France :
controverses récentes et enjeux éthiques
Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 70 (2022), pp. 408-426, [10.1016/j.neurenf.2022.10.003 ↗](#)
[View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [8] K. Khatchadourian, S. Amed, D.L. Metzger
Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver
J Pediatr, 164 (2014), pp. 906-911
[View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [9] K.J. Zucker
Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity
Sex Health, 14 (2017), p. 404
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [10] J.P. Shields, R. Cohen, J.R. Glassman, *et al.*

Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school



J Adolesc Health, 52 (2013), pp. 248-250

 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)



- [11] M.F.G. Lucassen, P. Bullen, S.J. Denny, *et al.*
The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12)
J Adolesc Health, 55 (2014), pp. 93-99
[Google Scholar ↗](#)
- [12] M. Aitken, D.P. VanderLaan, L. Wasserman, *et al.*
Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 55 (2016), pp. 513-520
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [13] R. Kaltiala-Heino, M. Sumia, M. Työlajärvi, *et al.*
Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development
Child Adolesc Ment Health, 9 (2015), p. 9, [10.1186/s13034-015-0042-y ↗](#)
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [14] N.P. Spack, L. Edwards-Leeper, H.A. Feldman, *et al.*
Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center
Pediatrics, 129 (2012), pp. 418-425
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [15] I. Becker, U. Ravens-Sieberer, V. Ottová-Jordan, *et al.*
Prevalence of adolescent gender experiences and gender expression in Germany
J Adolesc Health, 61 (2017), pp. 83-90
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [16] S. Hsieh, J. Leininger
Resource list: clinical care programs for gender-nonconforming children and adolescents
Pediatr Ann, 43 (2014), pp. 238-244
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [17] M. Bernard, M. Wathelet, J. Pilo, *et al.*
Identité de genre et psychiatrie
Adolescence, T.37 (1) (2019), p. 111
[CrossRef ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [18] M. Bonierbale, K. Baumstarck, A. Maquigneau, *et al.*
MMPI-2 profile of French transsexuals: the role of sociodemographic and clinical factors. a cross-sectional design
Sci Rep, 6 (2016), p. 24281

[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

- [19] World Professional Association for Transgender Health (WPATH), <https://www.wpath.org/> ↗ (accessed 28 January 2021).
[Google Scholar ↗](#)
- [20] T.L. Beauchamp, J.F. Childress
Les principes de l'éthique biomédicale
Les Belles Lettres, Paris (2007)
[Google Scholar ↗](#)
- [21] D.V. Sheehan, K.H. Sheehan, R.D. Shytle, *et al.*
Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)
J Clin Psychiatry, 71 (2010), pp. 313-326
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [22] J.-C. Carel, J. Léger
Precocious puberty
N Engl J Med, 358 (2008), pp. 2366-2377
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [23] E.A. Shirtcliff, R.E. Dahl, S.D. Pollak
Pubertal development: correspondence between hormonal and physical development: hormonal correlates of pubertal stage
Child Dev, 80 (2009), pp. 327-337
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [24] J. Tinggaard, M.G. Mieritz, K. Sørensen, *et al.*
The physiology and timing of male puberty
Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes, 19 (2012), pp. 197-203
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [25] Smith M. Referrals to the Gender Identity Development Service (GIDS) level off in 2018–19 —, <http://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19/> ↗ (2019, accessed 3 June 2022).
[Google Scholar ↗](#)
- [26] C.M. Wiepjes, N.M. Nota, C.J.M. de Blok, *et al.*
The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets
J Sex Med, 15 (2018), pp. 582-590
[View PDF](#) [View article](#) [CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [27] F. Poirier, A. Condat, L. Laufer, *et al.*
Non-binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature
Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 67 (2019), pp. 268-285

-  [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [28] E.L. Meerwijk, J.M. Sevelius
 Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples
Am J Public Health, 107 (2017), pp. e1-e8
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [29] K.M. Kidd, G.M. Sequeira, C. Douglas, *et al.*
 Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district
Pediatrics, 147 (2021)
 [e2020049823]
[Google Scholar ↗](#)
- [30] E. Skagerberg, D. Di Ceglie, P. Carmichael
 Brief report: autistic features in children and adolescents with gender dysphoria
J Autism Dev Disord, 45 (2015), pp. 2628-2632
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [31] A.L.C. de Vries, T.D. Steensma, T.A.H. Doreleijers, *et al.*
 Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study
J Sex Med, 8 (2011), pp. 2276-2283
 [View PDF](#) [View article](#) [CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [32] N.M. de Graaf, G. Giovanardi, C. Zitz, *et al.*
 Sex ratio in children and adolescents referred to the gender identity development service in the UK (2009–2016)
Arch Sex Behav, 47 (2018), pp. 1301-1304
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [33] F. Saleem, S.W. Rizvi
 Transgender associations and possible etiology: a literature review
Cureus, 9 (12) (2017), p. e1984, [10.7759/cureus.1984 ↗](#)
[Google Scholar ↗](#)
- [34] A.L.C. de Vries, T.A.H. Doreleijers, T.D. Steensma, *et al.*
 Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents: comorbidity in gender dysphoric adolescents
J Child Psychol Psychiatry, 52 (2011), pp. 1195-1202
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [35] C. Dhejne, R. Van Vlerken, G. Heylens, *et al.*
 Mental health and gender dysphoria: a review of the literature
Int Rev Psychiatry, 28 (2016), pp. 44-57
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

- [36] Arnoldussen M, de Vries ALC. Mood, anxiety, and other mental health concerns. In: (Forcier M, Van Schalkwyk G, Turban JL, eds.). *Pediatric gender identity*. Cham: Springer International Publishing. 2020, pp. 125–135.
[Google Scholar ↗](#)
- [37] K.I. Fredriksen-Goldsen, L. Cook-Daniels, H.-J. Kim, *et al.*
 Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population
Gerontologist, 54 (2014), pp. 488-500
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [38] G.R. Bauer, A.I. Scheim, J. Pyne, *et al.*
 Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada
BMC Public Health, 15 (2015), p. 525
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [39] Q.A. Hunt, Q.J. Morrow, J.K. McGuire
 Experiences of suicide in transgender youth: a qualitative, community-based study
Arch Suicide Res, 24 (2020), pp. S340-S355
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [40] J. LeMoult, K.L. Humphreys, A. Tracy, *et al.*
 Meta-analysis: exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 59 (2020), pp. 842-855
[View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [41] M. Wolff, B. Wells, C. Ventura-DiPersia, *et al.*
 Measuring sexual orientation: a review and critique of U.S. data collection efforts and implications for health policy
J Sex Res, 54 (2017), pp. 507-531
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [42] H. Katchadourian
 Adolescent sexuality
Pediatr Clin N Am, 27 (1980), pp. 17-28
[View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [43] Suen L.W., Lunn M.R., Sevelius J.M., *et al.* Do ask, tell, and show: contextual factors affecting sexual orientation and gender identity disclosure for sexual and gender minority people. *LGBT Health* 2022; 9(2):73-80. [lgbt.2021.0159].
[Google Scholar ↗](#)
- [44] B. Lhomond, M.-J. Saurel-Cubizolles
 Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature
Rev Epidemiol Sante Publique, 57 (2009), pp. 437-450

-  [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [45] L. Martinerie
Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux
Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 65 (2017), pp. 54-60
 [View PDF](#) [View article](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [46] G.G.F. Ramos, A.C.S. Mengai, C.A.T. Daltro, *et al.*
Systematic review: puberty suppression with GnRH analogues in adolescents with gender incongruity
J Endocrinol Invest, 44 (2021), pp. 1151-1158
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [47] M. Biggs
Puberty blockers and suicidality in adolescents suffering from gender dysphoria
Arch Sex Behav, 49 (2020), pp. 2227-2229
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [48] C.M. Wiepjes, N.M. Nota, C.J.M. de Blok, M. Klaver, A.L.C. de Vries, S.A. Wensing-Kruger, *et al.*
The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets
J Sex Med, 15 (4) (2018), pp. 582-590
 [View PDF](#) [View article](#) [CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [49] M. Arnoldussen, T.D. Steensma, A. Popma, A.I.R. van der Miesen, J.W.R. Twisk, A.L.C. de Vries
Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?
Eur Child Adol Psychiatry, 29 (2020), pp. 803-811
[Corrected in Eur Child Adol Psychiatry 2022;31:843]
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [50] U. Masic, G. Butler, P. Carruthers, P. Carmichael
Trajectories of transgender adolescents referred for endocrine intervention in England
Arch Dis Child, 107 (11) (2022), pp. 1012-1017
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [51] K.R. Olson, L. Durwood, M. DeMeules, *et al.*
Mental health of transgender children who are supported in their identities
Pediatrics, 137 (2016), p. e20153223
[View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [52] J. Drescher
Is it really about freedom of thought?
BJPsych Bull, 2 (2022), pp. 1-3
[CrossRef ↗](#) [Google Scholar ↗](#)

- [53] J.L. Turban, S.S. Loo, A.N. Almazan, *et al.*
Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: a mixed-methods analysis
LGBT Health, 8 (4) (2021), pp. 273-280
[Igbt.2020.0437]
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [54] I. Boyd, T. Hackett, S. Bewley
Care of transgender patients: a general practice quality improvement approach
Healthcare, 10 (2022), p. 121
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [55] A. Pullen Sansfaçon, D. Medico, D. Riggs, *et al.*
Growing up trans in Canada, Switzerland, England, and Australia: access to and impacts of gender-affirming medical care
J LGBT Youth, 20 (2023), pp. 55-73
[CrossRef ↗](#) [View in Scopus ↗](#) [Google Scholar ↗](#)
- [56] American Psychological Association
Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people
Am Psychol, 70 (2015), pp. 832-864
[Google Scholar ↗](#)
-

Cited by (0)

- 1 Jeune fille trans ou femme trans : personne assignée garçon à la naissance qui transitionne vers le genre féminin.
- 2 Jeune garçon trans ou homme trans : personne assignée fille à la naissance qui transitionne vers le genre masculin.

[View Abstract](#)

© 2023 Published by Elsevier Masson SAS.

Annexe n°3

N°3 Equipe Robert Debré, Pr Laetitia Martinerie : deux articles transmis

Les autres sont consultables en ligne (cf. volume 1 du rapport)
 « Accompagnement des transidentités aux États-Unis, avancées et reculs, impact en Europe »

Par Anne Bargiacchi

Med Sci (Paris), 39 2 (2023) 146-150

DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/2023014>



médecine/sciences 2023, 39 : 146-52

> En matière d'accompagnement des personnes trans, comme dans d'autres domaines, ce qui se passe aux États-Unis est régulièrement observé et source d'inspiration au niveau international ; les remous politiques récents autour de l'accompagnement trans affirmatif dans certains États, en particulier pour les mineurs, ont un impact indéniable en Europe, en étant régulièrement utilisés par les « camps » qui s'affrontent aujourd'hui sur cette question. Le contexte politique et l'organisation du système de santé et d'assurance maladie colorent cet accompagnement de manière très spécifique aux États-Unis, et omettre ces aspects ou les simplifier sont source d'interprétations erronées et de désinformation. Comprendre ces déterminants est essentiel pour définir ce qui appartient au champ médical, et replacer au centre des discussions l'intérêt des personnes concernées, les principes de bienfaisance, de non malfaisance et d'équité. Dans cet article, nous discuterons donc d'organisation des soins et de recommandations de bonnes pratiques, mais aussi, à partir d'articles et de références « non scientifiques », du climat politique et social et de son impact sur l'accompagnement des personnes trans, y compris hors des États-Unis. ◀

L'accompagnement des transidentités aux États-Unis s'inscrit dans un cadre d'organisation médicale des soins et de recommandations de bonnes pratiques, mais aussi dans un contexte sociétal et politique qui a un impact sur la disponibilité et l'accès aux soins. La principale caractéristique de cet accompagnement, au sein de ce grand territoire, est sans aucun doute l'hétérogénéité, que ce soit en termes de disponibilités (existence ou non de centres dédiés), d'accès (limites en termes d'âge, par exemple), de déterminants sociaux de la santé, variables

Vignette (© Paradox).

146

m/s n° 2, vol. 39, février 2023
<https://doi.org/10.1051/medsci/2023014>



Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert Debré, Paris, France.
annebargiacchi@gmail.com

selon les États, l'origine et le milieu socio-culturel, et de remboursement des soins, compte tenu de la complexité du système d'assurance santé.

Les Gender Clinics

Les *Gender Clinics* qui existent aux États-Unis, sont des centres spécialisés et multidisciplinaires ayant pour vocation d'accueillir et d'accompagner les personnes trans, non binaires et *gender diverse*, selon un modèle collaboratif de soins. Certains de ces centres ont aussi pour but de favoriser les efforts de recherche et d'éducation dans ce domaine. Ils rassemblent en général les différents professionnels potentiellement impliqués dans les prises en charge médicale (endocrinologues, psychiatres, etc.), paramédicale (orthophonistes, etc.), psychologique, sociale, légale et administrative [1]. Certaines *Gender Clinics* sont rattachées à des hôpitaux universitaires, mais ce n'est pas le cas de toutes, certaines pouvant aussi fonctionner sur un modèle de financement entièrement privé.

Les États-Unis ont été l'un des pays pionniers dans l'ouverture de *Gender Clinics* pour les enfants et les adolescents. Si la première *Gender Clinic* dédiée à l'accueil des mineurs a vu le jour aux Pays-Bas en 1987, celle de Boston, ouverte en 2007 [2], a favorisé l'émergence d'autres

¹ pour une description de cette première « clinique » pour les mineurs, voir <https://www.childrenshospital.org/programs/center-gender-surgery-program/>



centres similaires en Amérique du Nord et a encouragé l'ouverture de centres comparables en Europe [3, 4]. Ces dernières années, dans le contexte social et politique, sur lequel nous reviendrons, les professionnels travaillant au sein des *Gender Clinics* ont aussi, pour beaucoup, adopté une position de défenseurs des droits des personnes trans [5], y compris, mais ne se limitant pas à, leurs droits à la santé (physique, émotionnelle et sociale) dans une vision holistique et inclusive de cette dernière, au bien être, à un avenir positif, et à une qualité de vie satisfaisante [6]. Par ailleurs, désormais, le recul de 10 à 15 ans d'accueil et une meilleure reconnaissance et prise en compte des déterminants sociaux de la santé, ont amené les personnes impliquées dans le fonctionnement des *Gender Clinics* à réévaluer leur organisation et l'accès aux soins en tenant compte des aspects d'intersectionnalité, d'équité, d'inclusion et de justice sociale [7, 8], pour favoriser l'accès aux soins pour tous. En dehors de ces centres spécialisés, l'offre de soins peut consister en l'accueil par des professionnels de santé et des thérapeutes installés en libéral, ou, plus récemment, des offres de télémédecine. La liste des centres spécialisés existants a fait l'objet de publications scientifiques [9]. Elle est, par ailleurs, régulièrement mise à jour (pour une carte interactive, voir [10]).

Les recommandations de bonne pratique

À l'heure actuelle, la plupart des professionnels impliqués dans l'accompagnement des transidentités aux États-Unis se réfèrent, dans le cadre de leur pratique, aux recommandations de la WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*) [11] et de l'*Endocrine Society* [12]. Le modèle de soins proposé s'inscrit dans ce cas dans une volonté trans affirmative de co-construction d'un parcours de transition personnalisé pour les personnes concernées et sur les recommandations de prescriptions et de surveillances médicale et chirurgicale préconisées dans ces publications de référence. L'encadrement de la prise en charge des mineurs reste cependant plus flou et controversé, marqué par une difficulté à trouver un consensus entre les différentes voix qui s'élèvent sur le sujet. En effet, si, ces dernières années, les principales associations médicales qui formulent les recommandations de bonne pratique, que sont l'*Endocrine Society*, l'*American Psychological Association*, l'*American Psychiatric Association* et l'*American Academy of Pediatrics*, ont toutes pris position sans équivoque pour statuer sur le fait qu'un accompagnement trans affirmatif est la seule approche acceptable en termes d'accompagnement de la transidentité chez les enfants et les adolescents, les termes des recommandations étaient généraux, et ces dernières échouaient ainsi à donner une guidance spécifique sur certains points essentiels concernant la façon d'accompagner les enfants et adolescents en pratique clinique. La question de l'évaluation (en termes d'objectifs, de forme et de durée), celle de la préparation à la transition et de l'indication ou non à la thérapie [13, 14], et celle de l'âge auquel accompagner une transition sociale, médicale et/ou chirurgicale, en tenant compte de la fluidité de l'identité de genre, des effets inconnus et des potentiels effets indésirables des traitements, de la dé-transition et des regrets éventuels, de la possibilité ou non d'explorer librement et

en toute sécurité ses expressions de genre selon l'environnement et la culture, de l'impact de la dysphorie de genre, des micro-agressions et des agressions sur la santé mentale des jeunes, restaient, en particulier, l'objet de controverses et sont, de fait, particulièrement complexes à formaliser et protocoliser. La publication des *Standards Of Care 8* de la WPATH, début septembre 2022 [15] devrait marquer une étape importante, en fournissant des recommandations plus détaillées pour les mineurs, tentant de tenir compte des besoins nuancés des jeunes et de la nécessité d'une pratique réfléchie mais affirmative, validante et respectueuse. Ces recommandations ont fait l'objet de nombreux débats, dont certains ont été médiatisés, voire utilisés, dans le contexte social et politique que nous allons maintenant aborder et qui colorent et modulent inmanquablement l'accompagnement des transidentités [16].

Les facteurs qui modulent l'accompagnement

L'accompagnement des personnes trans aux États-Unis est donc encadré par des recommandations de bonne pratique, elles-mêmes évolutives en fonction du retour des personnes concernées, des meilleures connaissances liées à l'expérience et à la recherche, et des évolutions sociétales. Cependant, deux éléments de contexte colorent la prise en charge, à la fois en termes de disponibilités et d'accès concret aux soins dans ce pays : les différences de lois selon les États ; les différences de prise en charge selon les assurances, et donc, l'impact du statut socio-économique (et du statut de résidence pour les immigrants [17]).

Cette hétérogénéité est liée plus précisément :

À l'organisation politique spécifique aux États-Unis et en particulier :

- Au fait que si certaines orientations/préconisations existent au niveau fédéral [18]², les lois adoptées au niveau de chaque État déterminent ce qui est possible ou non, en pratique, au sein de celui-ci. Actuellement, certains États sanctionnent ou interdisent les prises en charge trans affirmatives pour les mineurs (l'Arkansas, par exemple, interdit les soins [19-21]). Au-delà de la prise en charge médicale en soi, au début de l'année 2021, les législateurs des États opposés à la prise en charge ont publié plus de 250 ordonnances qui restreignent les droits des personnes trans [22] ;

² En mars 2022, le ministère de la Santé de l'administration Biden a publié une déclaration soutenant sans équivoque l'accompagnement médical pour les mineurs, « lorsque médicalement approprié et nécessaire », en vertu de la loi fédérale sur les droits civiques.



• Au fait que l'orientation politique colore l'interprétation qui est faite des textes de loi (le fait que les droits des personnes trans soient considérés comme inscrits ou non dans la Constitution est soumis à l'interprétation qui en est faite, en l'absence de mention spécifique de l'identité de genre dans les textes) [23] ;

• En raison de la polarisation actuelle du débat entre le parti Démocrate et le parti Républicain [24], limitant l'accès même à certaines informations dans les médias (*culture war*) ; les différentes options d'exploration, autres que le *wait and see* (les thérapies de conversion ont, elles, été jugées non éthiques par l'administration Obama [25], suite au suicide de Leelah Acorn en 2015), ne sont pas toujours explicitement présentées dans les médias ; l'administration Trump a été à l'origine d'un nombre record de prises de position et d'amendements transphobes et LGBTQphobes (lesbiennes, gays, bisexuelles, trans, queers) [26].

Au fonctionnement des assurances santé aux États-Unis

Leur coût est souvent élevé, et sans emploi, ou sans emploi déclaré, il peut être difficile ou impossible de trouver une compagnie d'assurance avec un coût abordable³. Le système de soins est fléché, dans le sens où l'on ne peut en général pas sortir de l'État de résidence pour consulter dans un État où une *Gender Clinic* existe, et être remboursé de cette prise en charge. Les médecins et thérapeutes sont « certifiés » pour pratiquer uniquement dans un État. Ils ne peuvent pas recevoir de personnes venant d'un État pour lequel ils ne sont pas certifiés. Même lorsque l'on bénéficie d'une assurance santé, toutes ne couvrent pas la prise en charge médicale parfois nécessaire et indiquée dans le processus de transition (et cela même si, en théorie, les lois fédérales et celles des États interdisent que les assurances santé, publiques ou privées, discriminent sur la base de la transidentité, rendant illégal pour un régime d'assurance maladie de refuser de couvrir les soins liés à la transition médicalement nécessaires) [27]. Sans assurance, le coût de l'accompagnement médical et/ou chirurgical pour les personnes trans est de plusieurs milliers de dollars. Tout cela explique en grande partie que la plupart des jeunes qui viennent consulter aujourd'hui dans les *Gender Clinic* sont « riches » et « blancs », vivent dans des zones métropolitaines progressistes, et ont une assurance maladie. Pour eux, l'accompagnement est devenu plus accessible depuis 2016, lorsque l'administration Obama a inclus l'identité de genre dans une règle interdisant de refuser les prestations de soins de santé sur la base du sexe. Ainsi, si un prestataire de santé juge les soins médicalement nécessaires, il est possible d'obtenir une couverture d'assurance pour les bloqueurs de puberté et le traitement hormonal substitutif [28]. Dans les États ou régions moins progressistes, il n'existe en général pas de *Gender Clinic*, et, parfois, pas de thérapeute ou de médecin pour accompagner et soutenir les enfants et les adolescents transgenres dans leurs explorations de genre. Le développement de la télé-médecine/téléconsultation, et la possibilité offerte durant la pandémie de Covid-19 de consulter un thérapeute et/ou un médecin licencié dans un autre État, tout en étant couvert par son assurance maladie,

ont permis de proposer une alternative pour certaines situations. Ainsi, ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé, mais aussi l'impact des différentes identités sur la prise en charge, pèsent particulièrement lourd pour la communauté trans aux États-Unis, et les familles issues des minorités et des classes sociales défavorisées font face à de nombreux obstacles à l'accès aux soins [29-31].

En dehors de ces aspects politiques et de financement des soins, le climat social actuel a également un impact non négligeable sur l'accompagnement des personnes trans. Si l'opinion publique soutient majoritairement le droit à l'accompagnement des personnes trans [32], les voix des détracteurs restent fortes et médiatisées, et la *culture war* (ou guerre culturelle) est particulièrement polarisée et vive sur ce sujet ; les différences entre les États et les régions sont marquées. La médiatisation des positions extrêmes de chaque *camp* tend à distraire et éloigner des vraies questions. Ainsi, si dans certains États, comme la Californie, l'augmentation de la visibilité des personnes trans, des jeunes s'identifiant comme *gender non-conforming*, et des enfants et des adolescents qui explorent ouvertement leur identité et leurs expressions de genre, a permis, par exemple, qu'il soit de pratique courante, dans les établissements scolaires publics, de demander lors de la rentrée d'inclure ses pronoms au moment de se présenter, dans d'autres États, les droits les plus élémentaires des personnes trans sont régulièrement bafoués, et les détracteurs de la prise en charge trans affirmative pour les jeunes font feu de tout bois pour alimenter leurs discours transphobes, y compris des débats existant entre les professionnels impliqués dans l'accompagnement [16]. Maddie Deutsch, présidente de la USPATH (*United States Professional Association for Transgender Health*), une branche américaine de la WPATH, note ainsi que les voix les plus fortes de tous les côtés sont les extrêmes. « Dans notre société actuelle, quelque chose est soit tout bon, soit tout mauvais », dit-elle. « Soit il devrait y avoir un distributeur automatique d'hormones, soit les personnes qui en prescrivent aux enfants devraient être mises en prison ». Les discours simplificateurs et réducteurs, portés en particulier par les médias d'extrême-droite (*far right wing*), coexistent avec les ressources nuancées (Amaze.org, Genderspectrum.org). La simplification et le « danger du stéréotype » existent aussi du côté de certains engagements « pro trans », par exemple sous la forme de transitions romantisées, comme dans ce qui a été appelé les *butterfly videos* [33], du fait de leur présentation soignée et particulièrement belle et épanouissante de la transition/transformation/révélation de soi. L'administration Biden

³ Lorsqu'une personne est employée, elle bénéficie en général d'un ensemble d'avantages sociaux appelés *benefits*, dont la prise en charge partielle ou en totalité du coût de l'assurance maladie.

[34], en commençant par nommer Rachel Levine *Assistant Secretary of Health*, faisant d'elle la première femme transgenre sur un poste de ce type, a eu un geste symboliquement fort dans le climat actuel, mais les débats restent vifs [35].

Impact en Europe

La façon dont les personnes transgenres sont accompagnées aux États-Unis participe à colorer les orientations qui sont prises ailleurs pour leur prise en charge, au niveau international, notamment en Europe. Certaines tendances inspirées de ce qui est fait aux États-Unis sont positives, dont l'accompagnement trans affirmatif, dans sa forme actuelle, et l'accompagnement pour les mineurs qui, s'ils sont des émanations des protocoles initialement développés aux Pays-Bas, sont souvent allés plus loin et, dans tous les cas, ont pu être appliqués à plus grande échelle, permettant des retours d'expérience plus larges et d'améliorer les pratiques et les recommandations pour répondre aux besoins de populations plus variées et représentatives de la diversité des expériences. Les mouvements sociaux et culturels de désinvisibilisation, de prise en compte de l'importance de l'intersectionnalité, de dépsychiatriation et d'éducation sur l'infinité des identités naturellement possibles participent à informer et à faire bouger les connaissances en Europe. Les ressources disponibles pour sensibiliser et accompagner les jeunes et leurs familles sont maintenant nombreuses et traduites en de nombreuses langues, favorisant l'inclusion et la diversité. Enfin, l'organisation de certaines *Gender Clinics* en Centres d'excellence favorise la recherche et de meilleures connaissances pour guider les décisions et protocoles.

Cependant, si les faits sont pris hors contexte, en particulier par les personnes peu formées ou peu au fait des enjeux réels et des nuances de l'accompagnement des personnes trans, cela conduit à des incompréhensions, à des simplifications et à des interprétations erronées. En particulier, le fait que certains États aient été conduits à arrêter la prise en charge des mineurs a été utilisé comme un argument en France qui démontrerait la dangerosité d'une telle prise en charge médicale ; or, ces décisions ne sont pas liées à des recommandations médicales ou à la position des soignants qui étaient impliqués dans l'accompagnement des jeunes, mais à des tendances politiques, en désaccord avec ceux qui accompagnaient ces jeunes, ce qui est bien différent.

Pour Annelou De Vries, pédopsychiatre néerlandaise impliquée depuis de nombreuses années dans l'accompagnement des enfants et adolescents transgenres, les prises de position en Europe [36] pourraient découler « d'un autre type de conservatisme, sur la façon de pratiquer la médecine à la lumière de l'incertitude scientifique, par rapport aux interdictions dans les États américains 'rouges' [ndr : républicains], alimentées par le vitriol anti-trans » et suggérerait que « les scientifiques et les médecins qui n'ont pas l'expérience clinique [...] se sentent plus limités par les limites de la recherche ». Néanmoins, les différents arguments utilisés contre l'accompagnement des enfants et les adolescents font bien souvent l'objet d'un amalgame qui participe aux incompréhensions.

Conclusion

L'accompagnement des personnes transgenres est une question qui inclut le médical mais le dépasse. Lorsque l'on évoque la situation particulière des États-Unis, il est indispensable de ne pas mélanger les débats qui existent au sein des soignants et chercheurs impliqués dans l'accompagnement et au fait des points à clarifier et/ou sur lesquels progresser, et les décisions politiques, la plupart du temps très éloignées de ces considérations nuancées [37]. De même, l'impact du système de financement de la santé et des déterminants sociaux de la santé est particulièrement important et peut être difficile à mesurer depuis l'Europe. Les recommandations de bonne pratique [38], qui existent bel et bien, ne sont pas appliquées partout, du fait d'une grande disparité [39] et de barrières aux soins très liées au milieu socio-économique [40, 41]. On note la persistance de discriminations [42-44] et la nécessité de continuer à lutter contre ces dernières [45, 46]. Pour les personnes qui ont une expérience clinique de la question, une chose est certaine : interdire purement et simplement l'accompagnement n'est pas la solution la plus prudente ou la plus « sûre », lorsque l'on prend en compte les risques psycho-sociaux en jeu et l'impact sur la santé en général, chez les jeunes mais plus largement quel que soit l'âge [47, 48]. L'éducation, y compris dans la communauté médicale, est plus que jamais nécessaire [49]. Lors des débats qui ont précédé la publication des huitièmes Standards de soins de la WPATH, l'un des experts sollicités, Leibowitz, commentant l'importance de son expérience clinique auprès des jeunes dans les décisions qu'il est amené à prendre, a souligné [16] : « *It's convenient to say there's not enough evidence if you don't believe in the treatment – and that there's enough evidence, if you do believe. Evidence matters, yes, but common sense matters, too* »⁴. ♦

SUMMARY

Transgender care in the USA, advances and setbacks, and how it impacts Europe

What is happening in the United States in terms of support for trans people, as in other areas, is regularly observed and a source of inspiration at the international level; the recent political turmoil around affirmative trans care in some States, especially for minors, has a tremendous impact in Europe, being regularly used by the “camps” that argue today on this issue. However, the political context and the organization of the health and health insurance system

⁴ « il est pratique de dire qu'il n'y a pas assez de preuves si l'on ne croit pas au traitement – et qu'il y en a assez, si on y croit. Les preuves ont beaucoup d'importance, oui, mais le bon sens a de l'importance aussi. »



color this support in a very specific way in the United States, and omitting these aspects or simplifying them is a source of erroneous interpretations and misinformation. Understanding these determinants is essential to define what belongs to the medical field, and to put back at the center of the discussions the interest of the people concerned, the principles of beneficence, non-maleficence and equity. In this article, we will therefore discuss the organization of care and recommendations for good practice, but also, from “non-scientific” articles and references, the political and social climate and its impact on trans health and care, including in Europe. ♦

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare ne avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Pour des exemples d'organisation des soins, voir par exemple : <https://transcare.ucsf.edu>, <https://thrive.kaiserpermanente.org/care-near-you/northern-california/sanfrancisco/departments/gender-pathways-clinic/> et <https://www.stanfordchildrens.org/en/service/gender>.
2. Tishelman AC, Kaufman R, Edwards-Leeper L, et al. Serving Transgender Youth: Challenges, Dilemmas and Clinical Examples. *Prof Psychol Res Pr* 2015 ; 46 : 37-45.
3. Skordis N, Butler G, de Vries MC, et al. ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Horm Res Paediatr* 2018 ; 90 : 326-31.
4. Martinierie L, Condat A, Bargiacchi A, et al. Management of endocrine disease: Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *Eur J Endocrinol* 2018 ; 179 : 219-37.
5. pour une description du climat de tensions actuelles, voir par exemple : <https://www.washingtonpost.com/nation/2022/08/17/boston-childrens-hospital-transgender-treatment/>
6. pour un exemple de prise de position, voir par exemple la note sur la page d'accueil de la *Gender Clinic de Boston* : <https://www.childrenshospital.org/programs/gender-multispecialty-service>
7. Kachen A, Pharr JR. Health Care Access and Utilization by Transgender Populations: A United States Transgender Survey Study. *Transgend Health* 2020 ; 5 : 141-8.
8. pour un plan stratégique de prise en compte des aspects d'équité et de justice sociale en médecine, voir par exemple : https://www.ama-assn.org/about/leadership/ama-s-s-strategic-plan-embed-racial-justice-and-advance-health-equity?gclid=CjwKCAjwsMGYBhAEiwAGUXv75QXMuE3gGjYbAx2E7Au2IHcrTjV0f7Q2hMvHbGBUs0uON_AzxxoC60AQAvD_BwE
9. Hsieh S, Leininger J. Resource list: Clinical care programs for gender-nonconforming children and adolescents. *Pediatr Ann* 2014 ; 43 : 238-44.
10. <https://www.hrc.org/resources/interactive-map-clinical-care-programs-for-gender-nonconforming-child>
11. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People [8th version], 2022.
12. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017 ; 102 : 3869-903. [correction in *J Clin Endocrinol Metab* 2018 ; 103 : 699, *J Clin Endocrinol Metab* 2018 ; 103 : 2758-9].
13. ces débats sont parfois relayés dans les médias : <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/11/24/trans-kids-therapy-psychologist/>
14. D'Angelo R, Syrunlik E, Ayad S, Marchiano L, et al. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* 2021 ; 50 : 7-16.
15. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health* 2022 ; 23 : S1-S259.
16. <https://www.nytimes.com/2022/06/15/magazine/gender-therapy.html>
17. <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-sexual-orientation-and-gender-identity/struggle-trans-and-gender-diverse-persons>
18. <https://www.commonwealthfund.org/blog/2018/federal-protections-health-care-risk-transgender-americans>
19. <https://transgenderlawcenter.org/equalitymap>
20. Human Rights Watch a créé un « State Equality Index » qui compare les différents états et souligne les disparités : <https://www.hrc.org/resources/state-equality-index>
21. pour une vision plus « grand public » de la différence entre ce qui est décidé au niveau fédéral et ce qui est décidé au niveau des états : <https://www.usatoday.com/story/money/2020/06/19/the-best-and-worst-states-for-lgbtq-people/111968524/>
22. <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/07/06/false-claims-protecting-children-are-fuelling-anti-trans-legislation/>
23. sur les débats sur l'interprétation des droits « constitutionnels » : <https://thehill.com/opinion/civil-rights/415657-transgender-rights-are-constitutional-rights/>
24. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/11/08/transgender-issues-divide-republicans-and-democrats/>
25. <https://www.nytimes.com/2015/04/09/us/politics/obama-to-call-for-end-to-conversion-therapies-for-gay-and-transgender-youth.html>
26. <https://transequality.org/the-discrimination-administration>
27. <https://transequality.org/know-your-rights/health-care>
28. <https://www.healthcare.gov/transgender-health-care/>
29. pour un article grand public, voir par exemple : <https://www.thetaskforce.org/new-analysis-shows-startling-levels-of-discrimination-against-black-transgender-people/>
30. Lett E, Asabor EN, Beltrán S, Dowshen N. Characterizing Health Inequities for the U.S. Transgender Hispanic Population Using the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Transgend Health* 2021 ; 6 : 275-83.
31. Seelman KL, Young SR, Tesene M, et al. A Comparison of Health Disparities among Transgender Adults in Colorado (USA) by Race and Income. *Int J Transgend* 2017 ; 18 : 199-214.
32. <https://www.pbs.org/newshour/politics/new-poll-shows-americans-overwhelmingly-oppose-anti-transgender-laws>
33. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2018/07/when-a-child-says-shes-trans/561749/>
34. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/03/31/fact-sheet-biden-harris-administration-advances-equality-and-visibility-for-transgender-americans/>
35. <https://www.cbsnews.com/news/60-minutes-transgender-health-care-issues-2021-05-23/?intcid=CNM-00-10abd1h>
36. comme celles de l'Académie de Médecine en France, de la Suède et de la Finlande, de l'Angleterre, ou encore les tribunes publiées ces derniers mois dans divers journaux par certaines personnalités
37. <https://www.washingtonpost.com/outlook/2018/10/29/battle-over-trans-rights-is-about-power-not-science/>
38. Rosenthal SM. Challenges in the care of transgender and gender-diverse youth: an endocrinologist's view. *Nat Rev Endocrinol* 2021 ; 17 : 581-91.
39. <https://www.lgbtmap.org/mapping-trans-equality>
40. <https://www.americanprogress.org/article/protecting-advancing-health-care-transgender-adult-communities/>
41. <https://www.yalemedicine.org/news/transgender-medical-care>
42. <https://protecttranshealth.org>
43. <https://www.lgbtmap.org/news/understanding-transgender-issues-unfair-price-release>
44. <https://www.nytimes.com/2021/09/28/health/transgender-health-care.html>
45. <https://www.justice.gov/crt/page/file/910161/download>
46. <https://www.hrc.org>
47. <https://newsroom.heart.org/news/health-disparities-and-equitable-access-to-health-care-persist-with-transgender-adults>
48. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/11/21/564817975/health-care-system-fails-many-transgender-americans>
49. <https://www.amsa.org/action-committee/gender-and-sexuality/transgender-health/>

TIRÉS À PART

A. Bargiacchi



**Abonnez-vous
à médecine/sciences**

Bulletin d'abonnement page 194
dans ce numéro de m/s

« Enjeux éthiques de l'accompagnement des enfants et des adolescents et adolescentes trans ou en questionnement : articulation à la santé reproductive »

Par Nicolas Mendes, Laure Woestlandt, Clément Moreau, Florence Eustache et Agnès Condat

Med Sci (Paris), 39 1 (2023) 44-48 – DOI: <https://doi.org/10.1051/medsci/202219>



médecine/sciences 2023 ; 39 : 44-8

> L'accompagnement des enfants et des adolescents et adolescentes trans ou en questionnement ne peut faire l'économie d'une pensée éthique réflexive de sa propre pratique en tant que professionnel de santé. Il est important de considérer le jeune dans sa globalité, et cela également en ce qui concerne les enjeux en santé reproductive. Cet article propose, au travers des principes de Tom Beauchamps et James Childress¹, une réflexion éthique des enjeux de bienfaisance/non nuisance, d'autonomie et de justice, pour les adolescents, jeunes adultes, et futurs parents trans ou en questionnement. Pour les adolescents et les adolescentes, autour des possibilités de traitement médical d'affirmation de genre, il est nécessaire de proposer des informations, en termes d'impact sur la fertilité et, le cas échéant, des propositions de possibilités de conservation de ses capacités reproductives. Ces enjeux nécessitent d'interroger l'état des connaissances scientifiques en termes de parentalité des personnes trans et en questionnement. Nous proposons ici un état des lieux des connaissances de ces réalités, mises en perspective des axes de réflexions éthiques inhérentes aux accompagnements. *In fine*, il apparaît que l'enjeu éthique majeur porte sur l'enfant à naître. À cela, il est nécessaire de considérer la qualité de vie des futurs parents et l'impact des accompagnements médicaux des personnes. <

En se référant à la dénomination de la dernière version de la classification internationale des maladies, 11^e édition (CIM-11), la transidentité se repère par le terme d'« incongruence de genre », et se trouve située dans le

Vignette (© ParaDox).

¹ Ces principes sont au nombre de quatre : 1) le principe de bienfaisance, qui oblige à éviter un mal et enjoint d'œuvrer pour le bien-être des personnes ; 2) le principe de non nuisance, qui oblige à ne pas infliger de mal à autrui ; 3) le principe d'autonomie, qui exige que le patient soit capable de décider, et soit suffisamment informé de l'action envisagée ; 4) le principe de justice, qui se préoccupe de l'équité dans l'accès aux ressources médicales.

Genre (11)

Série coordonnée par Paul Czernichow et Laetitia Martinerie

Enjeux éthiques de l'accompagnement des enfants et des adolescents trans ou en questionnement : articulation à la santé reproductive

Nicolas Mendes¹⁻⁴, Laure Woestland^{1,2}, Clément Moreau^{2,5}, Florence Eustache^{2,4}, Agnès Condat^{1,2}



¹Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP. Sorbonne université, 47 bd de l'Hôpital, 75013, Paris, France.

²Plateforme Trajectoires jeunes trans d'Île-de-France, enfants, adolescents et jeunes adultes.

³Équipe d'accueil CLIPSYD (clinique psychanalyse développement) EA 4430, Connaissance, langage, modélisation (ED 139), université Paris Ouest-Nanterre-La Défense, 92000 Nanterre, France.

⁴Service d'histologie-embryologie, cytogénétique, biologie de la reproduction/CECOS (centre d'étude et de conservation du sperme), Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, site Jean Verdier, 93143 Bondy Cedex, France.

⁵Association Espace santé trans, 88 rue Philippe de Girard, 75018 Paris, France. agnes.condat@aphp.fr

chapitre relatif à la santé sexuelle, et non plus dans celui de la santé mentale, comme ce fut le cas dans la version précédente de la classification (version 10 de la CIM, de 2008) [1]. La santé sexuelle se définit à la fois par les questions relatives à la prévention mais également à celles concernant le bien-être, en reprenant la définition que nous propose l'Organisation mondiale de la santé (OMS)². Mais la santé sexuelle inclut également la santé

² « La santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays ». https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

reproductive dans son champ. En pensant cet ensemble, il est important de percevoir alors la nécessité d'une intégration globale en termes de santé pour les personnes trans, ainsi que pour les mineurs (enfants ou adolescents et adolescentes) concernés par la transidentité, ou en questionnement vis-à-vis de leur expérience intime du genre.

Outre les diverses dimensions de la santé, prise dans sa globalité, il est également nécessaire de percevoir l'importance d'une pensée éthique pour les professionnels de santé auprès des personnes concernées, quel que soit leur niveau d'intervention. Nous proposons d'établir ici une approche globale des axes éthiques à l'œuvre dans l'accompagnement des mineurs et de leur famille pour une proposition ensuite appliquée aux questions plus spécifiques de la santé reproductive, au travers de la préservation de la fertilité et des perspectives de parentalité.

L'accompagnement des mineurs et de leur famille

La transidentité se définit par l'expression d'un vécu identitaire alternatif à celui assigné à la naissance (femme, homme, non-binaire³) et qui peut, parfois, engager un parcours de transition de genre, que ce parcours soit médical, juridique ou uniquement social. La transition de genre est un cheminement qui est singulier à toute personne, et en ce sens, la dimension temporelle est importante. Parfois, une transition s'engage et, en même temps, un moment de « pause » peut apparaître important. Aussi, l'approche consistant à l'accompagnement du processus doit pouvoir accueillir, de façon bienveillante, non stigmatisante, et positive, l'exploration des enjeux à la fois psychique, corporel et social, des temps de la transition. Se situer dans une approche transaffirmative présente la possibilité de soutenir différentes formes de transitions qui font partie de la trajectoire développementale et des vécus de la personne, ce qui est important pour advenir sur le chemin du devenir soi [2].

Peu de données existent pour rendre compte de l'importance démographique de ce public en quête d'identité de genre en population générale. Globalement, nous retrouvons les études réalisées par des centres médicaux spécialisés de l'étranger, mais qui ne concernent que des personnes qui tendent à désirer, au moins dans un premier temps, une transition médicale de genre. Nous retrouvons aussi des études se présentant d'avantage comme des enquêtes, réalisées auprès d'une population donnée, mais qui représentent des groupes assez importants, permettant de rendre compte *a minima* de la fréquence des transidentités de ces jeunes. Ainsi, avec les données de centres spécialisés, des fréquences entre 1/12 000 à 1/37 000 femmes transgenres et entre 1/11 000 et 1/30 000 hommes transgenres sont retrouvées [3]. Avec les enquêtes plus récentes, qui tentent d'évaluer la fréquence de toutes les personnes qui ne s'identifient pas au genre d'assignation à la naissance, nous atteignons des prévalences qui sont autour de 1 % pour les enfants, les adolescents et les adultes. En 2021, le premier recensement trans-inclu-

sif de la population, au Canada, révélait que 0,33 % de la population générale était trans ou non-binaire (0,73 % pour les 15-19 ans) [4].

Les recommandations internationales de l'*Endocrine Society*, de la *World Professional Association for trans-gender Health*, de l'*European Professional Association for transgender health* et de l'*University of California*, s'accordent sur la nécessité d'un accompagnement qui permette à la fois d'individualiser les suivis et de s'adapter au besoin des personnes rencontrées. La plateforme Trajectoires Jeunes Trans, portée par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France [5]⁴, collabore avec des personnes concernées, comme le préconisent les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). La structuration de réunions de concertation pluridisciplinaires établies en Île-de-France au sein de ce réseau, mais avec un rayonnement national, permet de discuter les situations lors de discussions engageant une perspective de transition médicale.

L'approche de la transidentité de la plateforme Trajectoires Jeunes Trans portée par l'ARS Île-de-France dans l'accompagnement des personnes concernées, l'amène à conduire des temps d'observation clinique et de recherche à partir du discours des enfants et des adolescents ou adolescentes ainsi que de leurs familles. Il s'agit aussi de prendre en considération à la fois les échanges avec les collègues français, sur l'évolution des débats sociétaux, et avec les collègues étrangers travaillant auprès de ces publics depuis plusieurs décennies. Le réseau réalise, par ailleurs, des états des lieux de l'avancée des publications dans la littérature scientifique de divers champs disciplinaires (notamment en psychanalyse, en médecine, en histoire, en éthique, en philosophie, en droit, en sociologie). Une écoute des personnes concernées, réalisée en dehors des rencontres cliniques et thérapeutiques, auprès d'associations militantes et des collègues transgenres qu'ils soient cliniciens, chercheurs ou chercheuses, est également particulièrement précieuse. Enfin, les questions éthiques qui se posent sont abordées, notamment au travers d'un séminaire d'éthique médicale réalisé regroupant plusieurs collaborateurs [6].

⁴ La plateforme Trajectoires Jeunes Trans portée par l'ARS Île-de-France est coordonnée par le Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université, en partenariat avec trois associations de personnes concernées (DUTrans, Acceptess-T et Espace Santé Trans), une association de parents regroupant 1 300 familles Grandir Trans, une quinzaine de services hospitaliers accompagnant des personnes trans, et des chercheuses et chercheurs dans le champ des transidentités en France et à l'étranger. Ce réseau s'est construit progressivement depuis 2013 et est porté par l'ARS Île-de-France depuis juin 2021. L'ensemble des acteurs de ce réseau se sont fédérés autour d'une charte éthique et de fonctionnement qu'ils ont élaboré et rédigé ensemble en 2021.

³ Non-binarité renvoie au fait de se définir en-dehors des catégories strictement binaires « homme » et « femme ». Plusieurs termes existent : de façon non exhaustive, nous retrouvons : « non-binaire », « gender-fluid », « genderqueer », « bigenre » ou encore « agenre ».



Cette analyse éthique s'appuie sur les principes de Beauchamps et Childress¹, autour des enjeux en termes de bienfaisance/non nuisance, d'autonomie et de justice.

La préservation de fertilité

Pendant longtemps, les personnes trans ont dû choisir entre le processus d'un parcours d'affirmation de genre et la réalisation d'un projet d'enfant. Mais, est-ce que devenir mère ou père peut contribuer à l'expression et à la consolidation de sa propre identité ? [6]. Plusieurs publications relèvent des difficultés d'accès pour les personnes transgenres à l'aide médicale à la procréation (AMP), y compris dans des pays où, pourtant, le cadre législatif l'autorise [7, 8]. Environ 47 % des personnes trans expriment un désir d'avoir un enfant ayant un lien génétique [9]. En Belgique, une étude fondée sur des auto-questionnaires nous informe que plus de la moitié des participants et participantes désirent avoir un enfant, et environ un tiers souhaite préserver leurs gamètes avant leur transition [10]. L'orientation sexuelle, c'est-à-dire le fait d'être en couple avec une personne du même genre ou d'un genre différent, semble être un facteur important puisque, pour les femmes trans, ce désir varie de 15 à 51 % selon leur attirance sexuelle [10]. En effet, les personnes semblent désirer davantage la conservation de leurs gamètes lorsque, pour elles, il est plus facile de bénéficier d'une AMP au regard de la configuration de couple. Plus spécifiquement chez les mineurs, un taux non négligeable de réalisations de préservations de fertilité existe chez les jeunes filles adolescentes en attente de parcours transidentitaire [11].

Auprès d'adolescents (mais cela reste, dans une certaine mesure, également vrai pour les adultes), il est fréquent de s'apercevoir qu'il est peu simple de se construire une représentation claire de ce qu'est un parcours de préservation de fertilité, ce que sont les techniques médicales existantes, et ce que seront leurs implications physiques et psychiques. En ce sens, on pourrait parler de « demande de représentation » lors des consultations d'information. Nous devons toutefois souligner la grande diversité des vécus concernant ces parcours et donc, de la prudence à avoir concernant l'étayage⁵ que l'on propose à ces jeunes dans l'explication de ce qu'implique la conservation de gamètes. La transmission d'information sur la préservation de fertilité permet d'engager un travail de pensée et de symbolisation concernant sa fertilité, et de s'interroger, souvent pour la première fois (mais pas toujours), sur un désir de parentalité. La réalité de la situation juridique actuelle de ne pas permettre l'utilisation des gamètes qui seraient préservés, rend également les jeunes sensibles à ce qui leur est adressé au niveau sociétal de ne pas leur autoriser l'accès à la parentalité.

En termes de santé, l'information autour des enjeux de la contraception ne doit pas être négligée. Une information adaptée, à la fois au niveau de la compréhension du jeune et de sa situation spécifique (de ce qu'il envisage actuellement ou dans le futur), doit concerner le traitement hormonal, lorsqu'il est envisagé. En effet, il est fréquent que l'on pense que suivre un traitement hormonal induit *de facto* une infertilité. Or, le traitement par les analogues de la GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*), qui permettent de retarder la puberté⁶, ne doit pas être considéré comme un contraceptif suffisant, à la fois pour les filles trans (puisque des études indiquent que la suppression de la spermatogenèse n'est pas complète), mais également pour les garçons trans (car des fluctuations des taux d'œstrogènes et une ovulation discontinue ont été mises en évidence) [12]. De même, la testostérone ne garantit pas un effet contraceptif complet, et trop peu d'études permettent d'affirmer avec assurance que les œstrogènes sont également suffisants [12, 13]. Ainsi, bien que le risque d'un impact sur la fertilité existe, et que les propositions de préservation de fertilité s'appliquent bien dans ce sens [14, 15], il ne faut toutefois pas considérer cet impact comme systématique et suffisant pour garantir une fonction contraceptive.

La parentalité

Pour mieux comprendre les principales configurations des personnes transgenres pour accéder à la parentalité par AMP, il est possible de considérer plusieurs situations [16] :

- les hommes transgenres (ou FtM), en couple avec une femme cisgenre, qui pourraient recourir à une fécondation *in vitro* (FIV) en utilisant soit les ovocytes de la femme cisgenre (qui portera l'enfant) avec les spermatozoïdes d'un donneur, soit ceux de l'homme trans (qui peut également porter l'enfant) avec les spermatozoïdes d'un donneur ;
- les hommes transgenres (FtM), en couple avec un homme cisgenre, qui pourraient recourir à la gestation pour autrui (GPA), si l'homme trans ne souhaite pas porter l'enfant, en utilisant les ovocytes conservés et les spermatozoïdes du partenaire ;
- les femmes transgenres (MtF), en couple avec une femme cisgenre, qui pourraient recourir à une AMP utilisant les spermatozoïdes conservés par la femme trans ou des spermatozoïdes de donneur ;

⁵ L'étayage est défini comme l'ensemble des interactions d'assistance à l'enfant par des adultes pour lui apprendre à organiser ses conduites afin de résoudre seul un problème qu'il ne savait pas initialement résoudre.

⁶ Traitement qui permet à un jeune de poursuivre l'exploration de son genre durant ce temps.



– les femmes transgenres (MtF), en couple avec un homme cisgenre, qui pourraient recourir à la GPA en utilisant les spermatozoïdes conservés de la femme trans avec les ovocytes d'une donneuse.

Aucune de ces configurations n'est actuellement réalisable en France, au regard du cadre législatif de la GPA et de l'AMP, en dehors de la possibilité de recourir à des spermatozoïdes de donneur chez un couple composé d'un homme trans et d'une femme cisgenre [16], ou d'un couple de deux femmes, dont l'une serait trans, avec don de gamètes. À l'exception de la GPA, les techniques d'AMP ne sont pas spécifiquement interdites, et des recours juridiques feront peut-être évoluer les droits, avant la prochaine révision de la loi de bioéthique. Cette présentation n'est d'ailleurs pas exhaustive, puisque nous ne présentons pas les situations dont les deux membres du couple ont effectué une transition médicale de genre.

Dans l'étude de Ěva Feigerlova et ses collègues, publiée en 2018, 68 % des personnes transgenres interrogées estimaient ne pas avoir été informées par les professionnels de santé sur les possibilités de préservation de la fertilité avant de débuter leur traitement [17]. Rappelons un premier rapport de l'Agence de la biomédecine, en 2014, qui avait exprimé un avis défavorable concernant l'autoconservation des gamètes pour les personnes trans, avec notamment l'argument des possibilités réduites de réutilisation, compte tenu du cadre légal actuel de l'AMP en France. Néanmoins, l'avis du Défenseur des droits, qui a remis en cause la pertinence de cette interdiction aux personnes transgenres, avec l'argument que la pertinence de la préservation de fertilité est un temps à différencier du moment de la demande et qu'en ce sens, le futur pouvant évoluer, a indiqué que rien n'autorisait d'interdire, déjà au préalable, les demandes de conservation de gamètes⁷. Il est donc important d'avoir à l'esprit les possibles effets de ces agitations sociétales, mais aussi ceux de la fluctuation des avis ou des recommandations dans les conséquences sur les tensions ressenties lors des parcours et leurs retentissements psychiques pour les personnes, notamment concernant un projet parental [18].

La littérature nous informe que l'intérêt pour des enfants à naître au sein de couple dont au moins l'un des membres a réalisé une transition médicale de genre, porte certes davantage sur la question de la qualité de vie de cet enfant, mais également sur son identité de genre ou sur son orientation sexuelle. Il est intéressant de s'apercevoir du parallèle historique qu'il est possible de faire avec l'histoire des études concernant l'homosexualité, qui se sont également portées, d'abord, sur le fait de savoir si les enfants de personnes homosexuelles seraient ou pas également homosexuels [19]. Plus récemment, des études se sont portées sur la qualité de développement psycho-affectif des enfants de parent trans. Cependant, elles ont concerné, pour la plupart, des situations où la transition du parent intervenait après la naissance de l'enfant. À notre connaissance, il n'existe qu'une seule étude portant sur des enfants nés après la transition de l'un des parents. Il s'agit, en l'occurrence, d'un parent ayant bénéficié de l'AMP pour ce projet parental [18, 20]. Ces études sont néanmoins rassurantes avec, cependant, la perception d'éléments indiquant des

points de tension pouvant se retrouver dans les discours de certains pères. Ces points ont été discutés dans le cadre de la thèse de Nicolas Mendes [18] dans laquelle il questionnait précisément l'impact des agitations sociétales conduisant à l'établissement d'une intranquillité psychique pour des parents ayant systématiquement à faire valoir leurs qualités de bons parents. La proposition de la médecine de rendre possible l'accès à la paternité au sein d'institutions publiques peut, par ailleurs, la rendre sensible aux glissements qui la rendent garante d'une certaine logique sociétale, puisque la mise en application des AMP se fera par le prisme de l'Assurance Maladie. Le médical est donc lié, malgré lui, au champ sociétal. S'engager dans ce processus conduit le père à des remaniements de sa trajectoire de vie, concernant le processus de parentalité mais aussi le regard sociétal qui sera porté sur lui. Cela peut être vécu de façon plus ou moins difficile et entraîner des agitations psychiques inconscientes [18]. Les professionnels n'ont pas à exiger des preuves de bons signes de compétences parentales, ni à manifester une considération moins importante ou négligente de ces situations. Ce risque, en plus de poser un problème éthique en termes d'équité sociale [6], active le risque de fragilisation du processus de paternité pour une personne trans [18].

Notons finalement que l'accompagnement sanitaire de la population trans semble insuffisant au regard de la formation et des possibles des professionnels de santé [21]. Cela est également vrai pour le domaine de l'obstétrique [22]. En effet, beaucoup d'hommes transgenres (FtM), enceints, tendent à ne pas être suivis par des médecins hospitaliers et préfèrent accoucher en dehors de l'hôpital [23]. Pourtant, pour ces personnes, les périodes anténatale et puerpérale (ou postnatale) augmentent leur vécu dysphorique associé au genre qui leur a été assigné à la naissance. Cette période implique donc une attention particulière et un accompagnement vigilant concernant la réapparition possible d'idéation suicidaire [22].

Conclusion

De ces réflexions éthiques sur des questions et des enjeux inhérents à la santé reproductive que nous avons évoquées, il apparaît que l'enjeu éthique majeur porte sur l'enfant à naître. À cela, ne peut être dissociée l'attention particulière à apporter à la qualité de vie des futurs parents. La qualité de la santé en général, et reproductive en particulier, ne peut faire l'économie d'une prise en compte de l'effet des réalités des vécus des jeunes concernés lors de leur interaction avec les

⁷ Avis du Défenseur des droits MSP-2015-009.

professionnels de santé. Afin d'apporter un accompagnement de qualité, il est donc important d'être en capacité d'entendre ces personnes, quant à l'expérience de leur vécu, mais aussi des conséquences éventuellement induites dans leur parcours auprès des professionnels de santé. ♦

SUMMARY

Ethical implications of supporting trans or questioning children and adolescents: Articulation with reproductive health

Supporting children and adolescents who are trans or who are questioning cannot be done without an ethical reflection on one's own practice as a health professional. It is important to consider the young person as a whole, including reproductive health issues. This article proposes, through the principles of Beauchamps and Childress, an ethical reflection on the issues of beneficence – not maleficence, and of autonomy and justice for adolescents, young adults, and future trans or questioning parents. For adolescents, concerning the possibilities of medical treatment of gender affirmation, we need to propose information in terms of impact on fertility and, if necessary, proposals for the possibilities of preserving their reproductive capacities. These issues require to question the state of scientific knowledge in terms of parenthood of trans people and questioning. We propose here a state of knowledge of these realities, put in perspectives of the axes of ethical reflections inherent to guidance. *In fine*, it appears that the major ethical stake concerns the child to be born. Finally, it is necessary to consider the quality of life of the future parents and the impact of their medical follow-up. ♦

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.


RÉFÉRENCES

1. ICD-10 Version:2008. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
2. Pullen Sansfaçon A, Medico D. Jeunes trans et non binaires : De l'accompagnement à l'affirmation. Montréal : Éds du Remue-Ménage, 2021.
3. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015 ; 9 : 9.
4. Le Canada est le premier pays à produire des données sur les personnes transgenres et les personnes non binaires à l'aide du recensement. *Le Quotidien* 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-fra.htm>.
5. Condat A, Cohen D. et Plateforme Trajectoires Jeunes Trans d'Île de France. La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.10.003>

6. Condat A, Mendes N, Drouineaud V, et al. Biotechnologies that empower transgender persons to self-actualize as individuals, partners, spouses, and parents are defining new ways to conceive a child: Psychological considerations and ethical issues. *Philos Ethics Humanit Med* 2018 ; 13 : 1.
7. James-Abra S, Tarasoff LA, Green D, et al. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Hum Reprod* 2015 ; 30 : 1365-74.
8. De Wert G, Dondorp W, Shenfield F, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Hum Reprod* 2014 ; 29 : 1859-65.
9. Tornello SL, Bos H. Parenting Intentions Among Transgender Individuals. *LGBT Health* 2017 ; 4 : 115-20.
10. Wierclck K, van Caenegem E, Pennings G, et al. Reproductive wish in transsexual men. *Hum Reprod* 2012 ; 27 : 483-7.
11. Segev-Becker A, Israeli G, Elkou-Tamir E, et al. Children and Adolescents with Gender Dysphoria in Israel: Increasing Referral and Fertility Preservation Rates. *Endocr Pract* 2020 ; 26 : 423-8.
12. Mancini I, Alvisi S, Gava G, et al. Contraception across transgender. *Int J Impot Res* 2020 ; 33 : 710-9.
13. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. *Am J Obstet Gynecol* 2020 ; 222 : 134-43.
14. Eustache F, Drouineaud V, Mendes N, et al. Fertility preservation and sperm donation in transgender individuals: The current situation within the French CECOS network. *Andrology* 2021 ; 9 : 1790-8.
15. Sermondade N, Benaloun E, Berthaut I, et al. Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: a French case series. *Reprod Biomed Online* 2021 ; 43 : 339-45.
16. Mendes N, Chamouard L, Bennani Smires B, et al. Transidentité et préservation de gamètes : apports à la réflexion des parcours médicaux d'affirmation de genre chez les adolescents et jeunes adultes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2022 ; 70 : 256-64.
17. Feigerlova E, Pascal V, Ganne Devonec MO, et al. Parentalité et préservation de fertilité : désir, connaissances et attitudes des sujets transgenres. *Ann Endocrinol (Paris)* 2018 ; 79 : 251-2.
18. Mendes N. Le père et le genre : la paternité en question par l'aide médicale à la procréation pour des hommes transgenres. *Psychologie*. Université de Nanterre - Paris X, 2018. Français. NNT : 2018PA100102.
19. Nadaud S. Homoparentalité : une nouvelle chance pour la famille ? Paris : Fayard, 2002.
20. Condat A, Mamou G, Lagrange C, et al. Transgender fathering: Children's psychological and family outcomes. *PLoS One* 2020 ; 15 : e0241214.
21. Agénor M, White Hughto JM, Peitzmeier SM, et al. Gender identity disparities in Pap test use in a sample of binary and non-binary transmasculine adults. *J Gen Intern Med* 2018 ; 33 : 1015-7.
22. Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas* 2019 ; 128 : 17-21.
23. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol* 2014 ; 124 : 1120-7.

TIRÉS À PART

A. Condat



Tarifs d'abonnement m/s - 2023


Abonnez-vous

à médecine/sciences

> Grâce à m/s, vivez en direct les progrès des sciences biologiques et médicales

Abonnez-vous sur

www.medecinesciences.org



Annexe n°4

N°4 Enjeux éthiques de l'accompagnement des enfants et des adolescents et adolescents trans ou en questionnements : articulation à la santé reproductive

« Enjeux éthiques de l'accompagnement des enfants et des adolescents et adolescents trans ou en questionnement : articulation à la santé reproductive »

Nicolas Mendes, Laure Woestlandt, Clément Moreau, Florence Eustache et Agnès Condat Med Sci (Paris), 39 1 (2023) 44-48



médecine/sciences 2023, 39 : 44-8

> L'accompagnement des enfants et des adolescents et adolescentes trans ou en questionnement ne peut faire l'économie d'une pensée éthique réflexive de sa propre pratique en tant que professionnel de santé. Il est important de considérer le jeune dans sa globalité, et cela également en ce qui concerne les enjeux en santé reproductive. Cet article propose, au travers des principes de Tom Beauchamps et James Childress¹, une réflexion éthique des enjeux de bienfaisance/non nuisance, d'autonomie et de justice, pour les adolescents, jeunes adultes, et futurs parents trans ou en questionnement. Pour les adolescents et les adolescentes, autour des possibilités de traitement médical d'affirmation de genre, il est nécessaire de proposer des informations, en termes d'impact sur la fertilité et, le cas échéant, des propositions de possibilités de conservation de ses capacités reproductives. Ces enjeux nécessitent d'interroger l'état des connaissances scientifiques en termes de parentalité des personnes trans et en questionnement. Nous proposons ici un état des lieux des connaissances de ces réalités, mises en perspective des axes de réflexions éthiques inhérentes aux accompagnements. *In fine*, il apparaît que l'enjeu éthique majeur porte sur l'enfant à naître. À cela, il est nécessaire de considérer la qualité de vie des futurs parents et l'impact des accompagnements médicaux des personnes. <

En se référant à la dénomination de la dernière version de la classification internationale des maladies, 11^e édition (CIM-11), la transidentité se repère par le terme d'« incongruence de genre », et se trouve située dans le

Vignette (© ParadoX).

¹ Ces principes sont au nombre de quatre : 1) le principe de bienfaisance, qui oblige à éviter un mal et enjoint d'œuvrer pour le bien-être des personnes ; 2) le principe de non nuisance, qui oblige à ne pas infliger de mal à autrui ; 3) le principe d'autonomie, qui exige que le patient soit capable de décider, et soit suffisamment informé de l'action envisagée ; 4) le principe de justice, qui se préoccupe de l'équité dans l'accès aux ressources médicales.

Genre (11)

Série coordonnée par Paul Czernichow et Laetitia Martinerie

Enjeux éthiques de l'accompagnement des enfants et des adolescentes trans ou en questionnement : articulation à la santé reproductive

Nicolas Mendes^{1,4}, Laure Woestlandt^{1,2}, Clément Moreau^{2,5}, Florence Eustache^{2,4}, Agnès Condat^{1,2}



chapitre relatif à la santé sexuelle, et non plus dans celui de la santé mentale, comme ce fut le cas dans la version précédente de la classification (version 10 de la CIM, de 2008) [1]. La santé sexuelle se définit à la fois par les questions relatives à la prévention mais également à celles concernant le bien-être, en reprenant la définition que nous propose l'Organisation mondiale de la santé (OMS)². Mais la santé sexuelle inclut également la santé

¹Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne université, 47 bd de l'Hôpital, 75013, Paris, France.

²Plateforme Trajectoires jeunes trans d'Ile-de-France, enfants, adolescents et jeunes adultes.

³Équipe d'accueil CLIPSYD (clinique psychanalyse développement) EA 4430, Connaissance, langage, modélisation (ED 139), université Paris Ouest-Nanterre-La Défense, 92000 Nanterre, France.

⁴Service d'histologie-embryologie, cytogénétique, biologie de la reproduction/CECOS (centre d'étude et de conservation du sperme), Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, site Jean Verdier, 93143 Bondy Cedex, France.

⁵Association Espace santé trans, 88 rue Philippe de Girard, 75018 Paris, France. agnes.condat@aphp.fr

² « La santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles, ainsi que pour le développement social et économique des communautés et des pays ». https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

reproductive dans son champ. En pensant cet ensemble, il est important de percevoir alors la nécessité d'une intégration globale en termes de santé pour les personnes trans, ainsi que pour les mineurs (enfants ou adolescents et adolescentes) concernés par la transidentité, ou en questionnement vis-à-vis de leur expérience intime du genre.

Outre les diverses dimensions de la santé, prise dans sa globalité, il est également nécessaire de percevoir l'importance d'une pensée éthique pour les professionnels de santé auprès des personnes concernées, quel que soit leur niveau d'intervention. Nous proposons d'établir ici une approche globale des axes éthiques à l'œuvre dans l'accompagnement des mineurs et de leur famille pour une proposition ensuite appliquée aux questions plus spécifiques de la santé reproductive, au travers de la préservation de la fertilité et des perspectives de parentalité.

L'accompagnement des mineurs et de leur famille

La transidentité se définit par l'expression d'un vécu identitaire alternatif à celui assigné à la naissance (femme, homme, non-binaire³) et qui peut, parfois, engager un parcours de transition de genre, que ce parcours soit médical, juridique ou uniquement social. La transition de genre est un cheminement qui est singulier à toute personne, et en ce sens, la dimension temporelle est importante. Parfois, une transition s'engage et, en même temps, un moment de « pause » peut apparaître important. Aussi, l'approche consistant à l'accompagnement du processus doit pouvoir accueillir, de façon bienveillante, non stigmatisante, et positive, l'exploration des enjeux à la fois psychique, corporel et social, des temps de la transition. Se situer dans une approche transaffirmative présente la possibilité de soutenir différentes formes de transitions qui font partie de la trajectoire développementale et des vécus de la personne, ce qui est important pour advenir sur le chemin du devenir soi [2].

Peu de données existent pour rendre compte de l'importance démographique de ce public en quête d'identité de genre en population générale. Globalement, nous retrouvons les études réalisées par des centres médicaux spécialisés de l'étranger, mais qui ne concernent que des personnes qui tendent à désirer, au moins dans un premier temps, une transition médicale de genre. Nous retrouvons aussi des études se présentant d'avantage comme des enquêtes, réalisées auprès d'une population donnée, mais qui représentent des groupes assez importants, permettant de rendre compte *a minima* de la fréquence des transidentités de ces jeunes. Ainsi, avec les données de centres spécialisés, des fréquences entre 1/12 000 à 1/37 000 femmes transgenres et entre 1/11 000 et 1/30 000 hommes transgenres sont retrouvées [3]. Avec les enquêtes plus récentes, qui tentent d'évaluer la fréquence de toutes les personnes qui ne s'identifient pas au genre d'assignation à la naissance, nous atteignons des prévalences qui sont autour de 1 % pour les enfants, les adolescents et les adultes. En 2021, le premier recensement trans-inclu-

sif de la population, au Canada, révélait que 0,33 % de la population générale était trans ou non-binaire (0,73 % pour les 15-19 ans) [4].

Les recommandations internationales de l'*Endocrine Society*, de la *World Professional Association for trans-gender Health*, de l'*European Professional Association for transgender health* et de l'*University of California*, s'accordent sur la nécessité d'un accompagnement qui permette à la fois d'individualiser les suivis et de s'adapter au besoin des personnes rencontrées. La plateforme Trajectoires Jeunes Trans, portée par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France [5]⁴, collabore avec des personnes concernées, comme le préconisent les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). La structuration de réunions de concertation pluridisciplinaires établies en Île-de-France au sein de ce réseau, mais avec un rayonnement national, permet de discuter les situations lors de discussions engageant une perspective de transition médicale.

L'approche de la transidentité de la plateforme Trajectoires Jeunes Trans portée par l'ARS Île-de-France dans l'accompagnement des personnes concernées, l'amène à conduire des temps d'observation clinique et de recherche à partir du discours des enfants et des adolescents ou adolescents ainsi que de leurs familles. Il s'agit aussi de prendre en considération à la fois les échanges avec les collègues français, sur l'évolution des débats sociétaux, et avec les collègues étrangers travaillant auprès de ces publics depuis plusieurs décennies. Le réseau réalise, par ailleurs, des états des lieux de l'avancée des publications dans la littérature scientifique de divers champs disciplinaires (notamment en psychanalyse, en médecine, en histoire, en éthique, en philosophie, en droit, en sociologie). Une écoute des personnes concernées, réalisée en dehors des rencontres cliniques et thérapeutiques, auprès d'associations militantes et des collègues transgenres qu'ils soient cliniciens, chercheurs ou chercheuses, est également particulièrement précieuse. Enfin, les questions éthiques qui se posent sont abordées, notamment au travers d'un séminaire d'éthique médicale réalisé regroupant plusieurs collaborateurs [6].

⁴ La plateforme Trajectoires Jeunes Trans portée par l'ARS Île-de-France est coordonnée par le Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université, en partenariat avec trois associations de personnes concernées (OUTrans, Acceptess-T et Espace Santé Trans), une association de parents regroupant 1 300 familles Grandir Trans, une quinzaine de services hospitaliers accompagnant des personnes trans, et des chercheuses et chercheurs dans le champ des transidentités en France et à l'étranger. Ce réseau s'est construit progressivement depuis 2013 et est porté par l'ARS Île-de-France depuis juin 2021. L'ensemble des acteurs de ce réseau se sont fédérés autour d'une charte éthique et de fonctionnement qu'ils ont élaborée et rédigée ensemble en 2021.

³ Non-binarité renvoie au fait de se définir en-dehors des catégories strictement binaires « homme » et « femme ». Plusieurs termes existent : de façon non exhaustive, nous retrouvons : « non-binaire », « gender-fluid », « genderqueer », « bigenre » ou encore « agenre ».



Cette analyse éthique s'appuie sur les principes de Beauchamps et Childress¹, autour des enjeux en termes de bienfaisance/non nuisance, d'autonomie et de justice.

La préservation de fertilité

Pendant longtemps, les personnes trans ont dû choisir entre le processus d'un parcours d'affirmation de genre et la réalisation d'un projet d'enfant. Mais, est-ce que devenir mère ou père peut contribuer à l'expression et à la consolidation de sa propre identité ? [6]. Plusieurs publications relèvent des difficultés d'accès pour les personnes transgenres à l'aide médicale à la procréation (AMP), y compris dans des pays où, pourtant, le cadre législatif l'autorise [7, 8]. Environ 47 % des personnes trans expriment un désir d'avoir un enfant ayant un lien génétique [9]. En Belgique, une étude fondée sur des auto-questionnaires nous informe que plus de la moitié des participants et participantes désirent avoir un enfant, et environ un tiers souhaite préserver leurs gamètes avant leur transition [10]. L'orientation sexuelle, c'est-à-dire le fait d'être en couple avec une personne du même genre ou d'un genre différent, semble être un facteur important puisque, pour les femmes trans, ce désir varie de 15 à 51 % selon leur attirance sexuelle [10]. En effet, les personnes semblent désirer davantage la conservation de leurs gamètes lorsque, pour elles, il est plus facile de bénéficier d'une AMP au regard de la configuration de couple. Plus spécifiquement chez les mineurs, un taux non négligeable de réalisation de préservations de fertilité existe chez les jeunes filles adolescentes en attente de parcours transidentitaire [11].

Auprès d'adolescents (mais cela reste, dans une certaine mesure, également vrai pour les adultes), il est fréquent de s'apercevoir qu'il est peu simple de se construire une représentation claire de ce qu'est un parcours de préservation de fertilité, ce que sont les techniques médicales existantes, et ce que seront leurs implications physiques et psychiques. En ce sens, on pourrait parler de « demande de représentation » lors des consultations d'information. Nous devons toutefois souligner la grande diversité des vécus concernant ces parcours et donc, de la prudence à avoir concernant l'étayage⁵ que l'on propose à ces jeunes dans l'explication de ce qu'implique la conservation de gamètes. La transmission d'information sur la préservation de fertilité permet d'engager un travail de pensée et de symbolisation concernant sa fertilité, et de s'interroger, souvent pour la première fois (mais pas toujours), sur un désir de parentalité. La réalité de la situation juridique actuelle de ne pas permettre l'utilisation des gamètes qui seraient préservés, rend également les jeunes sensibles à ce qui leur est adressé au niveau sociétal de ne pas leur autoriser l'accès à la parentalité.

En termes de santé, l'information autour des enjeux de la contraception ne doit pas être négligée. Une information adaptée, à la fois au niveau de la compréhension du jeune et de sa situation spécifique (de ce qu'il envisage actuellement ou dans le futur), doit concerner le traitement hormonal, lorsqu'il est envisagé. En effet, il est fréquent que l'on pense que suivre un traitement hormonal induit *de facto* une infertilité. Or, le traitement par les analogues de la GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*), qui permettent de retarder la puberté⁶, ne doit pas être considéré comme un contraceptif suffisant, à la fois pour les filles trans (puisque des études indiquent que la suppression de la spermatogenèse n'est pas complète), mais également pour les garçons trans (car des fluctuations des taux d'œstrogènes et une ovulation discontinue ont été mises en évidence) [12]. De même, la testostérone ne garantit pas un effet contraceptif complet, et trop peu d'études permettent d'affirmer avec assurance que les œstrogènes sont également suffisants [12, 13]. Ainsi, bien que le risque d'un impact sur la fertilité existe, et que les propositions de préservation de fertilité s'appliquent bien dans ce sens [14, 15], il ne faut toutefois pas considérer cet impact comme systématique et suffisant pour garantir une fonction contraceptive.

La parentalité

Pour mieux comprendre les principales configurations des personnes transgenres pour accéder à la parentalité par AMP, il est possible de considérer plusieurs situations [16] :

- les hommes transgenres (ou FtM), en couple avec une femme cisgenre, qui pourraient recourir à une fécondation *in vitro* (FIV) en utilisant soit les ovocytes de la femme cisgenre (qui portera l'enfant) avec les spermatozoïdes d'un donneur, soit ceux de l'homme trans (qui peut également porter l'enfant) avec les spermatozoïdes d'un donneur ;
- les hommes transgenres (FtM), en couple avec un homme cisgenre, qui pourraient recourir à la gestation pour autrui (GPA), si l'homme trans ne souhaite pas porter l'enfant, en utilisant les ovocytes conservés et les spermatozoïdes du partenaire ;
- les femmes transgenres (MtF), en couple avec une femme cisgenre, qui pourraient recourir à une AMP utilisant les spermatozoïdes conservés par la femme trans ou des spermatozoïdes de donneur ;

⁵ L'étayage est défini comme l'ensemble des interactions d'assistance à l'enfant par des adultes pour lui apprendre à organiser ses conduites afin de résoudre seul un problème qu'il ne savait pas initialement résoudre.

⁶ Traitement qui permet à un jeune de poursuivre l'exploration de son genre durant ce temps.



– les femmes transgenres (MtF), en couple avec un homme cisgenre, qui pourraient recourir à la GPA en utilisant les spermatozoïdes conservés de la femme trans avec les ovocytes d'une donneuse.

Aucune de ces configurations n'est actuellement réalisable en France, au regard du cadre législatif de la GPA et de l'AMP, en dehors de la possibilité de recourir à des spermatozoïdes de donneur chez un couple composé d'un homme trans et d'une femme cisgenre [16], ou d'un couple de deux femmes, dont l'une serait trans, avec don de gamètes. À l'exception de la GPA, les techniques d'AMP ne sont pas spécifiquement interdites, et des recours juridiques feront peut-être évoluer les droits, avant la prochaine révision de la loi de bioéthique. Cette présentation n'est d'ailleurs pas exhaustive, puisque nous ne présentons pas les situations dont les deux membres du couple ont effectué une transition médicale de genre.

Dans l'étude de Éva Feigerlova et ses collègues, publiée en 2018, 68 % des personnes transgenres interrogées estimaient ne pas avoir été informées par les professionnels de santé sur les possibilités de préservation de la fertilité avant de débuter leur traitement [17]. Rappelons un premier rapport de l'Agence de la biomédecine, en 2014, qui avait exprimé un avis défavorable concernant l'autoconservation des gamètes pour les personnes trans, avec notamment l'argument des possibilités réduites de réutilisation, compte tenu du cadre légal actuel de l'AMP en France. Néanmoins, l'avis du Défenseur des droits, qui a remis en cause la pertinence de cette interdiction aux personnes transgenres, avec l'argument que la pertinence de la préservation de fertilité est un temps à différencier du moment de la demande et qu'en ce sens, le futur pouvant évoluer, a indiqué que rien n'autorisait d'interdire, déjà au préalable, les demandes de conservation de gamètes⁷. Il est donc important d'avoir à l'esprit les possibles effets de ces agitations sociétales, mais aussi ceux de la fluctuation des avis ou des recommandations dans les conséquences sur les tensions ressenties lors des parcours et leurs retentissements psychiques pour les personnes, notamment concernant un projet parental [18].

La littérature nous informe que l'intérêt pour des enfants à naître au sein de couple dont au moins l'un des membres a réalisé une transition médicale de genre, porte certes davantage sur la question de la qualité de vie de cet enfant, mais également sur son identité de genre ou sur son orientation sexuelle. Il est intéressant de s'apercevoir du parallèle historique qu'il est possible de faire avec l'histoire des études concernant l'homosexualité, qui se sont également portées, d'abord, sur le fait de savoir si les enfants de personnes homosexuelles seraient ou pas également homosexuels [19]. Plus récemment, des études se sont portées sur la qualité de développement psycho-affectif des enfants de parent trans. Cependant, elles ont concerné, pour la plupart, des situations où la transition du parent intervenait après la naissance de l'enfant. À notre connaissance, il n'existe qu'une seule étude portant sur des enfants nés après la transition de l'un des parents. Il s'agit, en l'occurrence, d'un parent ayant bénéficié de l'AMP pour ce projet parental [18, 20]. Ces études sont néanmoins rassurantes avec, cependant, la perception d'éléments indiquant des

points de tension pouvant se retrouver dans les discours de certains pères. Ces points ont été discutés dans le cadre de la thèse de Nicolas Mendes [18] dans laquelle il questionnait précisément l'impact des agitations sociétales conduisant à l'établissement d'une intranquillité psychique pour des parents ayant systématiquement à faire valoir leurs qualités de bons parents. La proposition de la médecine de rendre possible l'accès à la paternité au sein d'institutions publiques peut, par ailleurs, la rendre sensible aux glissements qui la rendent garante d'une certaine logique sociétale, puisque la mise en application des AMP se fera par le prisme de l'Assurance Maladie. Le médical est donc lié, malgré lui, au champ sociétal. S'engager dans ce processus conduit le père à des remaniements de sa trajectoire de vie, concernant le processus de parentalité mais aussi le regard sociétal qui sera porté sur lui. Cela peut être vécu de façon plus ou moins difficile et entraîner des agitations psychiques inconscientes [18]. Les professionnels n'ont pas à exiger des preuves de bons signes de compétences parentales, ni à manifester une considération moins importante ou négligente de ces situations. Ce risque, en plus de poser un problème éthique en termes d'équité sociale [6], active le risque de fragilisation du processus de paternité pour une personne trans [18].

Notons finalement que l'accompagnement sanitaire de la population trans semble insuffisant au regard de la formation et des possibles des professionnels de santé [21]. Cela est également vrai pour le domaine de l'obstétrique [22]. En effet, beaucoup d'hommes transgenres (FtM), enceints, tendent à ne pas être suivis par des médecins hospitaliers et préfèrent accoucher en dehors de l'hôpital [23]. Pourtant, pour ces personnes, les périodes anténatale et puerpérale (ou postnatale) augmentent leur vécu dysphorique associé au genre qui leur a été assigné à la naissance. Cette période implique donc une attention particulière et un accompagnement vigilant concernant la réapparition possible d'idéation suicidaire [22].

Conclusion

De ces réflexions éthiques sur des questions et des enjeux inhérents à la santé reproductive que nous avons évoquées, il apparaît que l'enjeu éthique majeur porte sur l'enfant à naître. À cela, ne peut être dissociée l'attention particulière à apporter à la qualité de vie des futurs parents. La qualité de la santé en général, et reproductive en particulier, ne peut faire l'économie d'une prise en compte de l'effet des réalités des vécus des jeunes concernés lors de leur interaction avec les

⁷ Avis du Défenseur des droits MSP-2015-009.

professionnels de santé. Afin d'apporter un accompagnement de qualité, il est donc important d'être en capacité d'entendre ces personnes, quant à l'expérience de leur vécu, mais aussi des conséquences éventuellement induites dans leur parcours auprès des professionnels de santé. ♦

SUMMARY

Ethical implications of supporting trans or questioning children and adolescents: Articulation with reproductive health

Supporting children and adolescents who are trans or who are questioning cannot be done without an ethical reflection on one's own practice as a health professional. It is important to consider the young person as a whole, including reproductive health issues. This article proposes, through the principles of Beauchamps and Childress, an ethical reflection on the issues of beneficence – not maleficence, and of autonomy and justice for adolescents, young adults, and future trans or questioning parents. For adolescents, concerning the possibilities of medical treatment of gender affirmation, we need to propose information in terms of impact on fertility and, if necessary, proposals for the possibilities of preserving their reproductive capacities. These issues require to question the state of scientific knowledge in terms of parenthood of trans people and questioning. We propose here a state of knowledge of these realities, put in perspectives of the axes of ethical reflections inherent to guidance. *In fine*, it appears that the major ethical stake concerns the child to be born. Finally, it is necessary to consider the quality of life of the future parents and the impact of their medical follow-up. ♦

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.


RÉFÉRENCES

1. ICD-10 Version:2008. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
2. Pullen Sansfaçon A, Medico D. Jeunes trans et non binaires : De l'accompagnement à l'affirmation. Montréal : Éds du Remue-Ménage, 2021.
3. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015 ; 9 : 9.
4. Le Canada est le premier pays à produire des données sur les personnes transgenres et les personnes non binaires à l'aide du recensement. *Le Quotidien* 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-fra.htm>.
5. Condat A, Cohen D. et Plateforme Trajectoires Jeunes Trans d'Île de France. La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.10.003>

6. Condat A, Mendes N, Drouineaud V, et al. Biotechnologies that empower transgender persons to self-actualize as individuals, partners, spouses, and parents are defining new ways to conceive a child: Psychological considerations and ethical issues. *Philos Ethics Humanit Med* 2018 ; 13 : 1.
7. James-Abra S, Tarasoff LA, Green D, et al. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Hum Reprod* 2015 ; 30 : 1365-74.
8. De Wert G, Dondorp W, Shenfield F, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Hum Reprod* 2014 ; 29 : 1859-65.
9. Tornello SL, Bos H. Parenting Intentions Among Transgender Individuals. *LGBT Health* 2017 ; 4 : 115-20.
10. Wierckx K, van Caenegem E, Pennings G, et al. Reproductive wish in transsexual men. *Hum Reprod* 2012 ; 27 : 483-7.
11. Segev-Becker A, Israeli G, Elkon-Tamir E, et al. Children and Adolescents with Gender Dysphoria in Israel: Increasing Referral and Fertility Preservation Rates. *Endocr Pract* 2020 ; 26 : 423-8.
12. Mancini I, Alvisi S, Gava G, et al. Contraception across transgender. *Int J Impot Res* 2020 ; 33 : 710-9.
13. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. *Am J Obstet Gynecol* 2020 ; 222 : 134-45.
14. Eustache F, Drouineaud V, Mendes N, et al. Fertility preservation and sperm donation in transgender individuals: The current situation within the French CECOS network. *Andrology* 2021 ; 9 : 1790-8.
15. Sermondade N, Benaloun E, Berthaut I, et al. Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: a French case series. *Reprod Biomed Online* 2021 ; 43 : 339-45.
16. Mendes N, Chamouard L, Bennani Smires B, et al. Transidentité et préservation de gamètes : apports à la réflexion des parcours médicaux d'affirmation de genre chez les adolescents et jeunes adultes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2022 ; 70 : 256-64.
17. Feigerlova E, Pascal V, Ganne Devonec MO, et al. Parentalité et préservation de fertilité : désir, connaissances et attitudes des sujets transgenres. *Ann Endocrinol (Paris)* 2018 ; 79 : 251-2.
18. Mendes N. Le père et le genre : la paternité en question par l'aide médicale à la procréation pour des hommes transgenres. Psychologie. Université de Nanterre - Paris X, 2018. Français. NNT : 2018PA100102.
19. Nadaud S. Homoparentalité : une nouvelle chance pour la famille ? Paris : Fayard, 2002.
20. Condat A, Mamou G, Lagrange C, et al. Transgender fathering: Children's psychological and family outcomes. *PLoS One* 2020 ; 15 : e0241214.
21. Agénor M, White Hughto JM, Peitzmeier SM, et al. Gender identity disparities in Pap test use in a sample of binary and non-binary transmasculine adults. *J Gen Intern Med* 2018 ; 33 : 1015-7.
22. Brandt JS, Patel AJ, Marshall I, Bachmann GA. Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas* 2019 ; 128 : 17-21.
23. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol* 2014 ; 124 : 1120-7.

TIRÉS À PART

A. Condat




Tarifs d'abonnement m/s - 2023

Abonnez-vous
à **médecine/sciences**

> Grâce à m/s, vivez en direct les progrès
des sciences biologiques et médicales

Abonnez-vous sur
www.medecinesciences.org



Annexe n°5

N°5 Jean Chambry, article paru le 20 juillet 2023

« Accompagner les enfants et les adolescents avec un questionnement transidentitaire », Soins psychiatriques, Vol 44 - n° 347, 2023, pp. 27-30

<https://www.em-consulte.com/article/1602047/article/accompagner-les-enfants-et-les-adolescents-avec-un>

Résumé

Au regard des évolutions sociologiques, anthropologiques et philosophiques sur les questions de genre, il n'existe plus de théorie légitime, dans notre société occidentale, qui puisse rendre compte du processus de développement identitaire, des articulations entre réalités et limites biologiques du corps sexué et vécus de genre. Il est nécessaire d'accueillir toutes les paroles, à la fois celle du jeune mais aussi des parents, voire de la famille plus élargie, sans aucun a priori, jugement ou critère normatif, mais aussi de renoncer à la tentation du pourquoi au profit d'une proposition d'aides. À certains enfants et adolescents, il est possible de proposer un parcours de transition.

Le texte complet de cet article est disponible en PDF.

Mots clés : adolescent, construction identitaire, enfant, transidentité

Keywords : adolescent, child, identity construction, transidentity

Plan

- Le genre au regard des évolutions conceptuelles
- La posture soignante attendue
- Le parcours de transition
- Quelles évolutions ?
- Conclusion



© C. Moreau/Elsevier Masson SAS

considéré comme inaccessible à toute forme de thérapie et rendait nécessaire une réassignation médico-chirurgicale afin de rendre le corps conforme, dans la mesure du possible, à l'identité vécue.

■ Dans les années 1990 sont publiés les travaux de Judith Butler [1]. L'«évidente association» entre la réalité biologique des organes génitaux désignés sous le terme de sexe avec le vécu identitaire permettant de se nommer homme et/ou femme est remise en question. Une dépathologisation s'engage. Il n'est alors plus possible d'utiliser la notion de norme de la construction identitaire. Le vécu d'être homme et/ou femme est libéré des limites biologiques du corps sans que cela soit rapporté à un trouble. C'est dans ce contexte qu'apparaît, dans la cinquième version du manuel américain de classification des maladies mentales, la notion de dysphorie de genre [2]. Le terme de transsexualisme est abandonné et il n'existe plus de référence à une identité sexuée dite normale. Il est donc reconnu que, sans que

ce soit pathologique, l'être humain peut avoir une représentation de lui-même, un vécu identitaire, qui ne se limite pas à ses organes génitaux.

■ Les individus concernés rapportent cependant parfois une souffrance psychique importante liée aux interactions sociales, au regard qui est porté par eux-mêmes ou autrui sur leur corps. Cette souffrance spécifique est désignée sous le terme de dysphorie de genre et relève d'une prise en charge psychiatrique. Les professionnels de la santé mentale doivent respecter le vécu identitaire de la personne, ne pas chercher à la «normaliser» et trouver avec elle les outils qui permettront d'atténuer sa souffrance.

■ Pour autant, ce nouveau diagnostic, la dysphorie de genre, s'il représente un progrès dans la reconnaissance de la diversité des constructions identitaires, maintient cette problématique dans le champ de la psychiatrie. En outre, alors qu'il est devenu possible de se penser homme ou femme sans se limiter aux réalités de ses organes génitaux, d'autres a priori sont remis en question. Est-il obligatoire de devoir se désigner en tant qu'homme ou femme dans son vécu identitaire ? Selon l'approche non binaire du genre, nous pouvons nous penser mi-homme mi-femme, ni homme ni femme, avec un genre fluctuant, sans que cela ne revête un caractère pathologique. Aussi, toutes les personnes, qu'elles se pensent ou non femme et/ou homme, en se libérant des limites biologiques du corps dans leur vécu identitaire, se reconnaissent dans la notion de transidentité.

LA POSTURE SOIGNANTE ATTENDUE

Toutes les paroles doivent être accueillies sans aucun a priori, sans jugement, sans critère normatif, à la fois celle du jeune mais aussi celle des parents, voire de la famille plus élargie, à qui un soutien doit être proposé sans chercher à répondre au pourquoi.

■ Le professionnel peut aider le jeune à mettre des mots sur ce qu'il ressent et l'accompagner à se sentir le mieux possible afin d'accueillir toutes les expériences qu'il souhaite vivre : avoir des projets scolaires ou professionnels ; se faire des amis ; être amoureux ; se projeter dans l'avenir. Il faut permettre à cet enfant ou adolescent d'avoir l'existence la plus banale possible en tenant compte de son vécu transidentitaire. Quant aux parents et à la famille, il faut pouvoir accueillir tous leurs



L'identité sexuelle

dossier



questionnements, leurs inquiétudes et leurs projections, afin d'y réfléchir avec eux.

■ **Le plus souvent, il est souhaitable que l'accompagnement** du jeune et celui de ses parents se réalise dans des lieux différenciés, à la condition que des articulations solides existent entre ces deux espaces de parole. Il faut bien sûr tenir compte de la variation et de la fluidité de l'expression du genre en fonction de l'âge de l'enfant et de l'adolescent. De nombreuses études montrent qu'avant l'expérience de la puberté, l'expression du vécu de genre peut se modifier au cours du développement alors qu'après l'entrée dans le processus pubertaire, le vécu identitaire sexué devient plus stable.

LE PARCOURS DE TRANSITION

Un parcours de transition [3] peut être proposé à certains enfants ou adolescents. Celui-ci comprend différents aspects en sachant que chacun est adapté au cas singulier. Rien n'est systématique ou obligatoire, il n'y a plus aujourd'hui de protocole prédéterminé :

• **transition sociale :**

– possibilité de changer de prénom : démarche effectuée auprès du service de l'état civil de sa mairie de naissance ou de domiciliation, par les parents pour les moins de 13 ans, conjointement par les parents et l'adolescent pour les 13-17 ans et par la personne seule après 18 ans (aucune prise en charge médicale nécessaire),

– possibilité de changer de sexe sur ses papiers d'identité : dossier constitué de témoignages déposé par la personne concernée, à partir de 18 ans, auprès du tribunal de grande instance (aucune prise en charge médicale nécessaire);

• **prise en charge endocrinienne :**

– aucune possibilité chez l'enfant qui n'a pas entamé le processus pubertaire, – chez l'enfant qui a débuté le processus pubertaire (stade 2 de Tanner), possibilité de blocage pubertaire, traitement hormonal totalement réversible qui empêche le développement des caractères sexuels secondaires source de souffrance psychique. Ce blocage sera prolongé jusqu'à 15-16 ans, âge à partir duquel il faudra soit relancer la puberté physiologique, soit envisager une réassignation hormonale,

– chez les adolescents en fonction de leur vécu, possibilité d'une réassignation hormonale, c'est-à-dire de bloquer son imprégnation hormonale naturelle et de la remplacer par une imprégnation hormonale de l'autre sexe. Ce traitement est partiellement réversible ;

• **prise en charge chirurgicale :**

– chez les adolescents, en fonction de leur vécu, possibilité d'envisager une torsoplastie, c'est-à-dire une ablation des seins féminins au profit d'un torse masculin,

– à partir de 18 ans, possibilité d'envisager une intervention génitale de réassignation, c'est-à-dire soit une vaginoplastie, pratique chirurgicale ancienne plutôt bien maîtrisée par les chirurgiens qui y sont formés, soit une phalloplastie, dont les résultats sont beaucoup plus aléatoires, – autres gestes chirurgicaux à partir de 18 ans : féminisation du visage, ablation de la pomme d'Adam, chirurgie des cordes vocales, etc. ;

• **autres soins médicaux :**

– rééducation orthophonique afin d'avoir une voix plus proche de son ressenti identitaire, – soins dermatologiques : épilation au laser, en particulier pour les femmes transgenres.

■ **Il est important de différencier les possibilités de s'affirmer dans sa construction identitaire** [4] et les modalités d'entrée dans un processus médico-chirurgical. De nombreux adolescents expriment leur vécu transidentitaire sans pour autant envisager une approche médicale. Les normes sociétales ayant évolué, en lien

notamment avec de nouvelles représentations des relations hommes-femmes, les manières de se penser sont désormais plus hétérogènes. De nombreux adultes transgenres expliquent qu'adolescents, voire

enfants, ils s'étaient posé des questions sur leur vécu du genre mais que ces dernières n'avaient pas pu être entendues par les adultes de leur entourage. Ils ont donc lutté contre ce questionnement au prix d'une grande souffrance psychique qui a entraîné des répercussions plus ou moins importantes dans leur vie d'adulte.

■ **La mise en place des accompagnements spécifiques** des enfants et des adolescents avec un vécu transidentitaire offre un espace bienveillant qui leur permet de se sentir accueillis, entendus dans leur complexité, sans jugement ni sans référence à une norme vécue comme

**Avant la puberté,
l'expression du vécu de genre
peut se modifier au cours
du développement.**

RÉFÉRENCES

[1] Butler J. *Défaire le genre*. Paris: Amsterdam; 2016.
 [2] American Psychiatric Association. *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5^e éd. Washington (États-Unis): American Psychiatric Association; 2013.
 [3] World Professional Association for Transgender Health. *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenre et de genre non conforme*. www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20v7_French.pdf.
 [4] Condat A, Cohen D. *Plateforme Trajectoires Trans d'Ile-de-France*. La prise en charge des enfants, adolescents et adultes transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2022;70(8):408-28.
 [5] Hefez S. *Transitions : réinventer le genre*. Paris: Calmann-Lévy; 2020.
 [6] Chambray J. *Articulation chez l'enfant et l'adolescent des notions de genre et sexualité au regard de la notion de transidentité*. *Enfances Psy* 2021;92:141-50.

*Déclaration de liens d'intérêts
 L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

stigmatisante. Une attention doit être portée à l'évaluation du discernement du jeune patient afin de s'assurer que le traitement envisagé répond à sa demande. Il convient de s'assurer qu'il perçoit bien toutes les conséquences à moyen et long terme des actions médico-chirurgicales.

■ **Certains enfants ou adolescents renoncent à s'affirmer** dans leur vécu transidentitaire en raison des difficultés rencontrées avec leur entourage. Ainsi, les jeunes femmes transgenres sont nombreuses à renoncer à s'engager dans un traitement hormono-chirurgical car elles ressentent une grande hostilité de la part de leurs proches à ce sujet et ne sentent pas prêtes à se confronter au rejet familial. Elles apprécient les entretiens qui leur sont proposés et qui les soutiennent, mais préfèrent différer le traitement. Elles espèrent s'y engager quand elles seront autonomes, au moins financièrement.

■ **Il semble effectivement que les références culturelles** de notre pays font que les jeunes hommes transgenres sont plus facilement acceptés que les jeunes femmes transgenres. Un homme qui se féminise semble déclencher davantage de réactions hostiles, voire violentes dans son entourage familial, amical et scolaire qu'une femme qui se masculinise.

QUELLES ÉVOLUTIONS ?

Toutes les propositions thérapeutiques doivent être autorisées par les détenteurs de l'autorité parentale. Ces derniers doivent accéder aux informations issues des connaissances actualisées. Les études scientifiques existent mais n'offrent souvent que des perspectives à court terme. Il manque des données solides concernant les conséquences d'un traitement hormonal partiellement réversible, voire chirurgical, sur la future vie de l'adolescent qui en bénéficie. Les parents peuvent ainsi déposer leurs questions, leurs doutes et leurs inquiétudes. Ils sont accompagnés dans leur position parentale afin de leur pouvoir soutenir le lien nécessaire à leur enfant [5].

■ **Nous sommes restés en contact avec les soixante-dix jeunes adultes** qui ont désormais

bénéficié de l'accompagnement que nous leur avons proposé au cours de l'adolescence au sein du centre intersectoriel d'accueil pour adolescent. Certains ont entamé depuis plusieurs années des transitions hormonales ou effectué une torsoplastie, voire une vaginoplastie. Aucun n'a souhaité s'engager sur un projet de phalloplastie à court terme. Un seul patient, âgé de 22 ans, exprime des regrets. Tous les autres semblent aller bien. Ils poursuivent des études ou des formations professionnelles. Ils ont une vie amoureuse et ont trouvé des modalités relationnelles satisfaisantes avec leur famille. La plupart ont une vie sexuelle qui répond à leurs attentes.

Certains renoncent à s'affirmer dans leur vécu transidentitaire en raison des difficultés rencontrées avec leur entourage

■ **La question de la sexualité représente une grande difficulté** [6] dans le cadre de la prise en charge des jeunes adolescents. En effet, leur jeune âge ne permet

pas d'explorer les questions de leur future vie sexuelle et, parfois, des décisions sont prises qui, sur le moment, soulagent leur souffrance identitaire mais pourraient avoir des conséquences qui n'ont pas pu être anticipées dans le développement de leur vie amoureuse et sexuelle.

■ **De même, il est nécessaire d'aborder**, avec ces patients, la question de leur future parentalité. En effet, la préservation de leurs gamètes avant tout traitement hormonal peut leur être proposée afin de leur garantir des possibilités de filiation biologique en fonction de l'évolution des lois de bioéthique. Qui peut prédire les changements sociétaux et juridiques des vingt prochaines années ? Toutefois, comment explorer le désir d'un adolescent de 16 ans et lui offrir le maximum d'opportunités pour sa future vie d'adulte ?

CONCLUSION

De nombreuses questions restent à explorer autour de l'accompagnement des personnes ayant un vécu transidentitaire. Il est indispensable de les aborder sans préjugés idéologiques et d'accueillir toutes les paroles des personnes concernées afin de développer, avec elles, les stratégies les plus adaptées à leur bien-être et leur épanouissement à tous les âges de la vie. ■

Annexe n°6

N°6 Texte par Magali PIGNARD



Présidente de l'Association PAARI, Personnes Autistes pour une Autodétermination Responsable et Innovante¹

Texte rédigé par Magali Pignard, cofondatrice de PAARI, en janvier 2024 à partir de diverses sources, dont l'article How Autistic Traits Can Be Mistaken For Gender Dysphoria (Substack, 24 mars 2023) de Christina Buttons, journaliste américaine indépendante et personne autiste. Cet article est disponible en français, ainsi que le rapport Autism & Gender Identity de Transgender Trend, (Jane Galloway, 2022), traduit en français.

Texte rédigé par Magali Pignard, cofondatrice de PAARI, en janvier 2024 à partir de diverses sources, dont l'article How Autistic Traits Can Be Mistaken For Gender Dysphoria (Substack, 24 mars 2023) de Christina Buttons, journaliste américaine indépendante et personne autiste. Cet article est disponible en français, ainsi que le rapport Autism & Gender Identity de Transgender Trend, (Jane Galloway, 2022), traduit en français.

Note : Ce texte décrit comment certaines manifestations de l'autisme peuvent être confondues avec une dysphorie de genre, mais **cela ne doit pas minimiser l'expérience des personnes autistes et transgenres**, qui doivent pouvoir bénéficier d'un soutien individualisé, en partant de leurs besoins et attentes. L'objectif de ce texte est plutôt d'éviter les diagnostics erronés qui pourraient conduire à des interventions médicales inappropriées et irréversibles.

Autisme et dysphorie de genre : similitudes

Transidentité et non-conformité de genre

Certaines définitions actuelles de l'identité trans tendent à inclure la simple non-conformité de genre comme une transidentité : par ex. l'American Psychological Association (APA) définit le terme transgenre comme « un terme générique pour les personnes dont l'identité de genre, l'expression de genre ou le comportement n'est pas conforme à ce qui est typiquement associé au sexe auquel elles ont été assignées à la naissance ».

Étant donné que la non-conformité aux normes de genre est fréquemment constatée chez les personnes autistes, il y a une probabilité que celles-ci en déduisent qu'elles sont transgenres.

1. Prévalence

Selon une méta-analyse : 11 % de personnes autistes parmi les individus s'identifiant trans (Kallitsounaki, Williams, 2022), versus 2,3 % de personnes autistes dans

¹ <https://www.paari.fr/>

la population générale en 2018 (CDC, 2023).

Les résultats sont variés selon les études, mais pour toutes les études, on constate une **surreprésentation de l'autisme** chez les personnes transgenres par rapport à la population générale.

Service d'identité de genre mineurs au Royaume-Uni (Clinique Tavistock) :

dans une étude menée en 2018, des adolescents orientés à ce service ont eu une évaluation psychosociale : environ **35 %** d'entre eux présentaient des traits autistiques modérés à sévères (Butler et al., 2018) ;

une autre estimation utilisant l'échelle de réactivité sociale (SRS) remplie par les parents a indiqué qu'entre 2011 et 2018, **48 %** des adolescents orientés vers le GIDS ont obtenu un score dans la fourchette légère à sévère des comportements autistiques (Clarke et Spiliadis, 2019).

*Remarque : les tests utilisés ne constituent pas une évaluation approfondie du diagnostic de TSA, **les résultats sont donc à prendre avec la plus grande précaution.***

Sex-ratio ; également réparti (autant de filles autistes et trans et de garçons autistes et trans), mais variable selon les études (Bouzy et al., 2023). À comparer avec le sex-ratio de l'autisme, qui varie de 1 fille autiste pour 3 à 4 garçons autistes (Loomes et al., 2017).

2. Points de vigilance

La dysphorie de genre se manifeste généralement par une **non-conformité de genre**, un **rejet de son corps (mal être corporel)**, **durant la construction de l'identité**. Or, ces comportements sont souvent observés chez les personnes autistes, **du fait de leur fonctionnement autistique** (voir description ci-après). **Observer le comportement serait donc insuffisant** et pourrait conduire à des confusions ou à des erreurs de diagnostic.

Chez les femmes : du fait du diagnostic TSA souvent trop tardif², les jeunes filles autistes n'ont souvent pas de diagnostic de TSA, et cherchent des explications à leurs difficultés, décalage : comme la question trans est très médiatisée, notamment à travers la sensibilisation dans les écoles, il est possible qu'elles attribuent leur

2 Les manifestations de l'autisme tendent à être un peu différentes entre les femmes et les hommes, ce qui augmente le délai de diagnostic d'autisme chez les filles et femmes. Pour en savoir plus sur l'autisme au féminin :

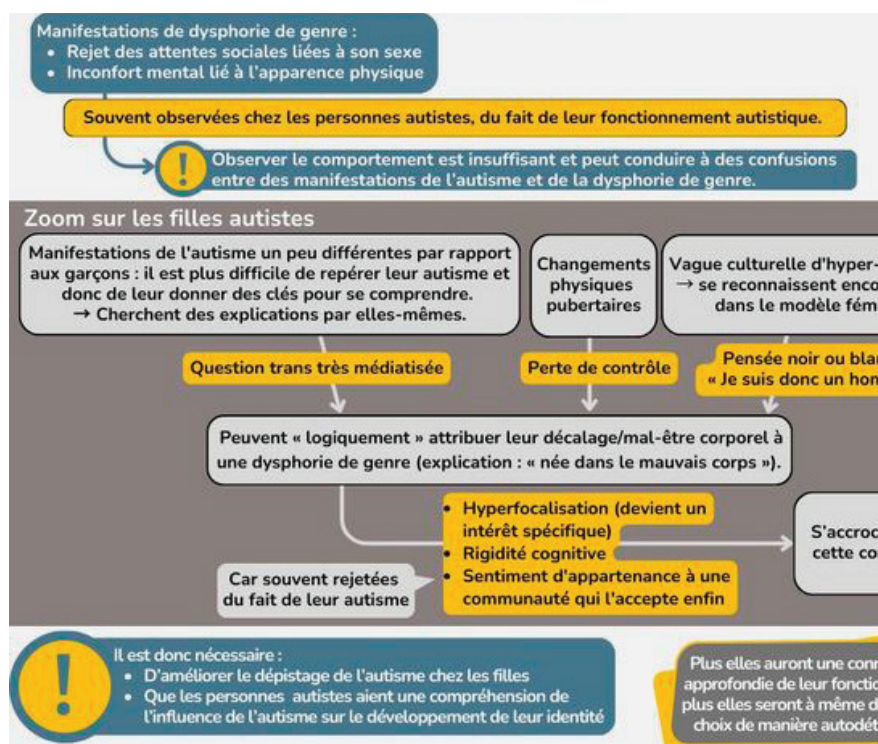
- brochure réalisée en 2020 par le Groupe d'Action sur l'Autisme au Féminin, en partenariat avec Autisme Info Service ;
- livre L'autisme au féminin : approche historique et scientifique, Adeline Lacroix, UGA, 2023

décalage à une dysphorie de genre (explication du sentiment d'être différent : née dans le mauvais corps). Une des caractéristiques de l'autisme est une capacité d'hyperfocalisation : une fois focalisées là-dessus, elles se documenteront énormément sur ce sujet et, du fait d'une rigidité cognitive souvent présente chez les personnes TSA, elles ne reviendront pas en arrière.

→ **Il est donc nécessaire :**

d'améliorer le dépistage de l'autisme chez les filles, si possible avant la puberté, car c'est à la puberté que les difficultés deviennent visibles et que l'on constate un décrochage : si une jeune fille pense avoir trouvé l'explication à sa différence, se savoir autiste interviendra trop tard pour qu'elle prenne en compte cette information (rigidité cognitive) ;

que les personnes autistes aient une compréhension globale de l'influence de l'autisme sur le développement de leur identité, incluant notamment les problématiques liées au corps (dans les relations intimes, affectives) : plus elles auront une connaissance approfondie de leur fonctionnement, plus elles seront à même de faire des choix qui leur correspondent le mieux.



Pourquoi les filles autistes peuvent davantage s'identifier trans par rapport aux garçons autistes ?

Par rapport aux hommes autistes, les femmes camouflent généralement mieux, arrivent mieux à nouer des amitiés, ont davantage de motivation sociale. Mais :

le camouflage peut entraîner de la confusion par rapport à leur véritable identité (Bargiela et al., 2016) : elles pourraient mettre du temps à construire leur identité, en essayant diverses identités, dont l'identité trans ;

à l'adolescence, les rapports se complexifient, les centres d'intérêt divergent avec les pairs féminins (mode, garçons, shopping), entraînant souvent un rejet et un décalage : elles peuvent alors se poser des questions sur elles-mêmes et chercher des réponses disponibles sur internet ;

à l'adolescence, les changements physiques tels que la pousse des seins, l'apparition des règles, généreraient une anxiété plus élevée que celle rapportée chez les garçons ; ce sentiment de perte de contrôle pourrait augmenter ou favoriser un sentiment d'incongruence de genre ;

du fait de leur fonctionnement autistique, les risques d'abus sexuels sont particulièrement importants chez les femmes autistes (Gotby et al., 2018 ; Bargiela et al., 2016), ce qui peut les amener à rejeter leur corps (il existe une proportion plus importante de jeunes ayant été abusés sexuellement parmi les jeunes s'identifiant trans par rapport à la population générale).

Ci-dessous, des caractéristiques de dysphorie/incongruence de genre, et le contexte d'apparition, avec des explications permettant de comprendre l'influence du fonctionnement autistique sur chacune de ces caractéristiques.

3. Non-conformité aux normes de genre

3.1. Constat

La non-conformité aux normes de leur genre est observée chez un % important de personnes autistes :

selon Kallitsounaki et al., 2021, la non-conformité de genre est nettement plus élevée dans la population autiste.

selon Strang et al., 2014, les enfants TSA seraient 7,5 fois plus susceptibles d'exprimer une variance de genre par rapport à leurs pairs au développement typique, la variance de genre se produisant de manière égale chez les garçons et les filles.

3.2. Explications

Traits physiques parfois masculins/féminins chez les filles/garçons

Dans une étude de Bejerot et al., 2018, « les femmes TSA présentaient des ni-

veaux de testostérone totale et bioactive plus élevés, des traits du visage moins féminins et un tour de tête plus grand que les femmes témoins. Les hommes du groupe TSA avaient des caractéristiques corporelles et une qualité de voix moins masculines, et affichaient des ratios entre le 2e et le 4e doigt plus élevés (c'est-à-dire moins masculins), mais des niveaux de testostérone similaires à ceux des témoins ».

Hypo-hyper sensibilités sensorielles

Du fait d'hypersensibilité tactile :

les filles autistes peuvent préférer des vêtements amples, associés généralement aux garçons, ou éviter le maquillage, avoir une coupe de cheveux courts/attachés ;
les garçons autistes peuvent préférer des vêtements associés aux filles et préférer avoir des cheveux longs pour éviter de les couper.

Faible capacité de mentalisation (théorie de l'esprit), difficultés à l'abstraction

Les personnes autistes peuvent éprouver des difficultés avec ce qui est abstrait. Or, le genre est un concept abstrait (non tangible, façonné par les normes sociétales), ce qui entraîne des difficultés de compréhension de cette notion. La conscience d'appartenir à un genre peut être plus faible par rapport à une personne non autiste :

« J'ai eu beaucoup de difficultés avec l'idée du genre. La sexualité, pas de problème. Mais le genre... [...] Moi, tu sais, jeune adulte, je disais que j'étais un homme dans un corps de femme. Puis après ça, j'suis devenue féminine. (Rires) Parce que c'était beau. Mais en dedans, je n'étais toujours pas : « Je suis une femme. » Ce n'était pas : « Je suis un homme. » C'était juste : « pas ». Donc moi j'me considère comme étant agenre. OK ? Pas non binaire. Juste le genre, dans mon identité, n'existe pas. (Annie, personne autiste) »

« Ça reste encore mystérieux pour moi » : récits et expériences du genre chez les personnes autistes, Labrecque-Lebeau, Dauphinois, Ouellet, Genre, sexualité et société, automne 2023

Par rapport à des jeunes non autistes, les jeunes autistes ont généralement moins conscience d'eux-mêmes, du regard des autres, et des attentes sociétales, y compris en matière de rôle de genre : ils **n'ajustent pas intuitivement leur comportement pour se conformer aux normes masculines ou féminines traditionnelles**. Une personne autiste (qui ne camoufle pas) accorde souvent moins d'importance à son apparence extérieure : elle se comporte de manière naturelle, **indépendamment** des attentes sociales, **des normes de genre**. Par exemple, une jeune fille autiste peut ne

pas se rendre compte que pour être considérée par les autres comme une femme, elle doit ajuster sa toilette, son apparence, sa façon de parler (intonation, langage), etc.

En résumé : une identification moindre à un genre particulier entraîne un rejet des attentes sociétales liées au « rôle de genre », la personne se sentant moins à l'aise avec les personnes conformes à leur genre.

Or, ces attentes sociales se complexifient à l'adolescence, ce qui augmente le décalage d'une jeune fille autiste/pairs (ex : ses comportements répétitifs, difficultés de régulation émotionnelle ne sont pas perçus comme « féminins » ; peu d'intérêt pour la mode, le maquillage, etc.). La difficulté à comprendre les subtilités des interactions des jeunes filles non autistes peut conduire à être rejetée par les groupes de filles (Mademtzi et al., 2017), et être plus à l'aise dans des groupes de garçons (Bargiela et al., 2016 ; Cooper et al., 2018).

Ce constat l'amène à être très autocritique, la jeune fille peut développer un **sentiment de ne pas être une fille**, qui est accentué par le renforcement actuel des stéréotypes de genre (voir paragraphe 7.2.).

Pensées rigides et style cognitif

Les personnes autistes ont tendance à avoir une pensée rigide et logique, ce qui peut les amener à penser en termes de « noir ou blanc ». Les personnes autistes peu conformes à leur genre tendent à penser alors « logiquement », être trans. Par exemple, **si une jeune fille autiste n'arrive pas à ressembler aux filles (très féminines) de son entourage, alors dans son esprit, elle est un garçon, et ne se dira pas : « Même si je ne suis pas très féminine je suis quand même une fille »**. Du fait de sa rigidité cognitive, elle changera difficilement d'avis, allant jusqu'au bout de son raisonnement (« radicale »).

4. Quête d'identité : se sentir différents

Se sentir différent et être isolé : souvent présents dans l'autisme et la dysphorie de genre.

Camouflage, surtout chez les femmes autistes

Comme vu précédemment, les femmes autistes peuvent avoir de bonnes capacités de camouflage : à force de copier les attitudes des autres, elles ne savent plus qui elles sont : sentiment de perte d'identité lorsqu'elles jouent les rôles attendus par la société comme épouse, mère (Bargiela et al., 2016).

D'où un conflit entre :

le désir **d'accepter** leur personnalité autistique avec les conséquences que cela entraîne (rejet...) ;

les pressions exercées pour qu'elles adhèrent aux rôles féminins traditionnels.

Bargiela et al. suggèrent que ce conflit pourrait être un **facteur contribuant aux taux plus élevés de dysphorie de genre** chez les femmes autistes.

Les personnes autistes, non diagnostiquées pour un certain nombre, ont l'intuition d'être différentes mais ne savent pas l'expliquer, et cherchent donc des explications. En raison de l'importance croissante accordée au genre, les jeunes autistes suivant peu les attentes sociales liées à leur genre accordent une attention particulière à leur « identité de genre ». Cette attention est mise en avant dans les recherches récentes : « Le genre a été conceptualisé comme une identité importante, qui devait être découverte par l'individu, sa famille et les cliniciens » (Cooper et al., 2023).

Présence d'intérêts spécifiques + TOC dans un % non négligeable

Davantage de TOCs chez les personnes autistes (van Steensel et al., 2011).

Les individus autistes ont une capacité d'hyperfocalisation (intérêt spécifique, pouvant devenir envahissant), apportant un sentiment de confort, de plaisir et de contrôle.

Si un jeune autiste se questionne sur une éventuelle transidentité, il peut en faire son intérêt spécifique, et cela peut devenir un TOC, le TOC transgenre : obsession de l'identité de genre (Taylor 2022, Safer et al., 2016). Cette obsession renforce l'identité trans.

Il est donc difficile de savoir si les comportements évoquant une dysphorie de genre chez une personne TSA sont liés à un trouble obsessionnel-compulsif ou à une réelle dysphorie de genre. (Kaltiala-Heino et al., 2015) : les jeunes peuvent penser que la dysphorie est la cause de leurs soucis, et se focaliser entièrement dessus.

5. Mal-être corporel, inconfort lié à l'apparence physique

On constate très fréquemment chez les personnes TSA des hyper ou hypo sensibilités sensorielles, y compris concernant la proprioception (comprendre où se situe son corps dans l'espace), ce qui peut générer un mal-être, une déconnexion vis-à-vis de son corps.

Ce mal-être peut être augmenté par :

des difficultés d'intéroception : à interpréter les signaux corporels (faim, soif, fatigue...) et à en identifier la source spécifique,

de l'alexithymie : difficultés à identifier et à décrire les émotions (Bird et Cook, 2013 ; Foulkes et al., 2015)

Les expériences sensorielles et les perceptions corporelles négatives peuvent aggraver la dysphorie de genre chez les personnes autistes (Cooper et al., 2023).

6. Pourcentage important de personnes non hétérosexuelles parmi les jeunes s'identifiant trans

Les études montrent que parmi les jeunes (autistes ou non autistes) ayant une dysphorie de genre, une forte proportion est homosexuelle ou bisexuelle (Singh et al., 2021). Or, chez les personnes autistes, avec ou sans dysphorie de genre, on constate une prévalence plus élevée d'attirance non hétérosexuelle (Bush et al., 2021 ; George, Stokes, 2021).

7. Identité de genre innée : le contexte

7.1. Rôle des réseaux sociaux

Préférence de socialisation en ligne

Du fait de leurs difficultés dans la communication et interactions sociales, les personnes autistes **préfèrent la socialisation en ligne** par rapport aux interactions physiques (Mazurek et al. 2012).

Or, sur Internet on constate un nombre important d'influenceurs transgenres et communautés de personnes transgenres.

Plusieurs études ont montré que **les réseaux sociaux peuvent contribuer à une augmentation des problèmes de santé mentale**, en particulier chez les adolescents (autistes ou non), en favorisant, **par les algorithmes des plateformes**, une « contagion sociale » de certains troubles/conditions tels que la dépression, l'anxiété, les troubles du comportement alimentaire et l'identité de genre (Haltigan et al., 2023 ; Heyman et al., 2021 ; Christensen 2022) : les hashtags liés à la santé mentale ont accumulé des milliards de vues.

Conséquence des algorithmes

avec le temps, le fil d'actualité de l'utilisateur ne présente pratiquement que des contenus similaires à ceux qu'il a déjà aimés ou partagés, créant ainsi une boucle de rétroaction : la personne tourne en boucle dessus, avec un seul point de vue/comportement lui étant présenté → sa perception est déformée.

Réseaux sociaux = base de référence des comportements attendus

Les personnes autistes ont des difficultés à comprendre les interactions sociales, telles que les expressions faciales et le langage corporel, ainsi que les normes et les attentes sociales. Elles s'appuient sur des **règles explicites** et imitent les comportements des autres pour s'intégrer. L'utilisation fréquente des réseaux sociaux peut leur faire percevoir **certains comportements comme « normaux » ou « attendus »**, ce qui peut les amener à les imiter. Les influenceurs trans peuvent ainsi constituer un modèle sur lequel elles s'appuient pour construire leur personnalité.

7.2. Importance accrue de l'apparence, modèle hyper-féminin

Certaines conséquences des réseaux sociaux sont :

une importance très grande de l'apparence physique (enquête sur l'image corporelle, parliament.uk, septembre 2020). Selon une enquête britannique de *Supportive teenage mental health (stem4)*, trois enfants sur quatre dès l'âge de 12 ans n'aiment pas leur corps et sont gênés par leur apparence, passant à huit jeunes sur 10 âgés de 18 à 21 ans (stem4, déc. 2022) : il semble donc y avoir une augmentation du rejet de son corps ;

une pression sur les filles pour qu'elles soient hyper-féminines, la culture étant de plus en plus sexualisée (pornographie en ligne très présente et accessible) : cela affecte de manière significative les filles autistes, qui sont beaucoup moins susceptibles de souscrire aux stéréotypes de genre que leurs pairs non autistes.

Ce contexte peut donc augmenter chez une jeune fille autiste le sentiment de ne pas être une fille. Ce sentiment est renforcé par le discours dominant actuel, qui tend à questionner le genre : « Si tu n'as pas le sentiment d'être une fille, c'est que tu es sans doute un garçon », plutôt que questionner les normes de genre : « Tu peux être une femme et ne pas adhérer aux attentes sociales vis-à-vis des femmes, et tu n'as rien besoin de faire particulier pour être une femme ».

7.3. Nature de l'identité de genre : spectre de genres

Attirance pour systématiser, catégoriser

La notion d'identité de genre introduit **diverses cases selon le profil de chacun (« spectre de genre »)**. Or, les personnes autistes peuvent avoir une grande capacité de systématisation : volonté de comprendre et de construire des systèmes (Baron-Cohen, 2010), désir de catégoriser et d'organiser l'information : cette catégorisation des personnes dans des cases peut être considérée comme « structurant » pour les personnes autistes, et leur **volonté de se comprendre peut augmenter ce sentiment.**

« Les identités toutes faites telles que non-binaire, trans-masculin ou trans-féminin ou autres identités trans peuvent sembler donner un sens au sentiment parfois écrasant d'isolement que connaissent tant de jeunes autistes, ainsi qu'à la tendance naturelle à la non-conformité de genre. Il y a un risque qu'ils développent alors une perception de soi qui n'est pas authentique mais construite autour d'un désir de rester membre d'une communauté qui les accepte. »

(J. Galloway, « Autisme et identité de genre », TransgenderTrend, 2022)

Bibliographie

Kallitsounaki et Williams, 2022, Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis, *Journal of Autism and Developmental Disorders*

Autism Prevalence Higher, According to Data from 11 ADDM Communities, CDC, 2023.

Butler et al., 2018, Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria, *BMJ, Archives of Disease in Childhood*.

Clake et Spiliadis, 2019, 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties, *Clin Child Psychol Psychiatry*.

Kallitsounaki et Williams, 2020, Mentalising Moderates the Link between Autism Traits and Current Gender Dysphoric Features in Primarily Non-autistic, Cisgender Individuals, *JADD*.

Bouzy, Brunelle, Cohen, Condat, 2023, Transidentities and autism spectrum disorder: A systematic review, *Psychiatry Research*.

Loomes et al., 2017, What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis, *Child & Adolescent Psychiatry*.

Brunissen et al., 2021, Sex Differences in Gender-Diverse Expressions and Identities among Youth with Autism Spectrum Disorder, *Autism Research Journal*.

Gotby et al., 2018, Childhood neurodevelopmental disorders and risk of coercive sexual victimization in childhood and adolescence - a population-based prospective twin study, *Journal of child psychology and psychiatry*

Bargiela, Steward, Mandy, 2016, The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype, *JADD*.

Bejerot et Eriksson, 2014, Sexuality and Gender Role in Autism Spectrum Disorder: A Case Control Study, *PLOS ONE*.

Dewinter, De Graaf, Begeer, 2017, Sexual Orientation, Gender Identity, and Romantic Relationships in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder, *JADD*.

George et Stokes, 2018, A Quantitative Analysis of Mental Health Among Sexual and Gender Minority Groups in ASD, *JADD*.

Stang et al., 2014, Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder, *Archive of Sexual Behavior*.

Bejerot et al., 2018, The extreme male brain revisited: gender coherence in adults with autism

spectrum disorder, *The British Journal of Psychiatry*.

Milner, McIntosh, Colvert, Happé, 2019, A Qualitative Exploration of the Female Experience of Autism Spectrum Disorder (ASD), *JADD*.

Tateno, Saito, 2008, Comorbid childhood gender identity disorder in a boy with Asperger syndrome, *Psychiatry and clinical neurosciences*.

Kallitsounaki et Williams, 2019, A Relation Between Autism Traits and Gender Self-concept: Evidence from Explicit and Implicit Measures, *JADD*.

Mademtzi et al., 2017, Challenges of Females with Autism: A Parental Perspective, *JADD*.

Cridland, Jones, Caputi, Magee, 2013, Being a Girl in a Boys' World: Investigating the Experiences of Girls with Autism Spectrum Disorders During Adolescence, *JADD*.

Cooper, Smith, Russel, 2018, Gender Identity in Autism: Sex Differences in Social Affiliation with Gender Groups, *JADD*.

Lyons, Fitzgerald, 2013, Atypical Sense of Self in Autism Spectrum Disorders: A Neuro- Cognitive Perspective, *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders - Volume 1*, IntechOpen

Cooper, Mandy, Butler, Russell, 2023, Phenomenology of gender dysphoria in autism: a multi-perspective qualitative analysis, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*.

Debra L. Safer, Bullock, Joshua D. Safer, 2016, Obsessive-Compulsive Disorder Presenting as Gender Dysphoria/Gender Incongruence: A Case Report and Literature Review, *AACE Clinical Case Reports*.

van Steensel, Bögels, Perrin, 2011, Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis, *Clinical child and family psychology review*.

Leyfer et al., 2006, Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders, *JADD*.

Kaltiala-Heino, Sumia, Työläjäarvi, Lindberg, 2015, Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.

Gallucci, Hackerman, Schmidt, 2005, Gender Identity Disorder in an Adult Male with Asperger's Syndrome, *Sexuality and Disability*.

Bird et Cook, 2013, Mixed emotions: the contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism, *Translational psychiatry*.

Foulkes et al., 2015, Common and Distinct Impacts of Autistic Traits and Alexithymia on Social Reward, *PLOS ONE*.

Singh, Bradley, Zucker, 2021, A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder, *Frontiers in Psychiatry*.

Gilmour, Schalomon, Smith, 2012, Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder, *Research in Autism Spectrum Disorders*.

Strunz et al., 2016, Romantic Relationships and Relationship Satisfaction Among Adults With Asperger Syndrome and High-Functioning Autism, *Journal of Clinical Psychology*.

Ingudomnukul, Baron-Cohen, Wheelwright, Knickmeyer, 2007, Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions, *Hormones and Behavior*.

Mazurek, Shattuck, Wagner, Cooper, 2012, Prevalence and Correlates of Screen-Based Media Use among Youths with Autism Spectrum Disorders, *JADD*.

Haltingan, Pringsheim, Rajkumar, 2023, Social media as an incubator of personality and behavioral psychopathology: Symptom and disorder authenticity or psychosomatic social contagion?, *Comprehensive Psychiatry*.

Heyman, Liang, Hedderly, 2021, COVID-19 related increase in childhood tics and tic-like attacks, *BMJ, Archives of Disease in Childhood*.

Christensen, 2022, The online community: DID and plurality, *European Journal of Trauma & Dissociation*.

Women and Equalities Committee, 2020, Body Image Survey Results, First Special Report of Session 2019-21.

Supporting Teenage Mental Health, 2022, Social media triggers children to dislike their own bodies, stem4 survey finds.

Baron-Cohen, 2010, Chapter 11 - Empathizing, systemizing, and the extreme male brain theory of autism, *Progress in Brain Research*.

de Vries et al., 2010, Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents, *JADD*.

Van Der Miesen, Hurley, de Vries, 2016, Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review, *International Review of Psychiatry*.

Jones et al., 2011, Brief Report: Female-To-Male Transsexual People and Autistic Traits, *JADD*.

VanderLaan et al., 2015, Autism Spectrum Disorder Risk Factors and Autistic Traits in Gender Dysphoric Children, *JADD*.

Parkinson, 2013, Gender dysphoria in Asperger's syndrome: a caution, *Australasian Psychiatry*.

Warrier et al., 2020, Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals, *Nature*.

Murphy et al., 2020, Autism and transgender identity: Implications for depression and anxiety, *Research in Autism Spectrum Disorders*.

Strang et al., 2016, Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.

Strang et al., 2018, "They Thought It Was an Obsession": Trajectories and Perspectives of Autistic Transgender and Gender-Diverse Adolescents, *JADD*.

Strang et al., 2019, Community-Based Participatory Design for Research that Impacts the Lives of Transgender and/or Gender-Diverse Autistic and/or Neurodiverse People, *Clin Pract Pediatr Psychol*.

Strang et al., 2021, A Clinical Program for Transgender and Gender-Diverse Neurodiverse/Autistic Adolescents Developed through Community-Based Participatory Design, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*.

Annexe n°7

N°7 Equipe pluridisciplinaire de l'hôpital Necker enfants malades, Service Endocrinologie, Diabétologie et Gynécologie Pédiatriques & Chirurgie Viscérale de Paris

Équipe pluridisciplinaire sur les modalités de prise en charge et ses enjeux des enfants nés avec une variation du développement génital

PROFESSEUR MICHEL POLAK (PUPH UPC) : Le chef de service de l'endocrinologie, gynécologie et diabétologie pédiatriques

Notre équipe pluridisciplinaire à NEM de prise en charge des enfants avec VDG (Variation du Développement Génital) a accepté de venir témoigner aujourd'hui de sa compréhension de la naissance d'un enfant avec une telle malformation anatomique tout comme de sa démarche thérapeutique et de son expérience clinique. Nous parlerons tous de nos places différentes au sein de notre équipe.

Je souligne d'emblée que les enfants et adolescents dont il est question ici dans notre propos n'ont absolument rien à voir avec les mineurs trans-identifiés.

Nous parlerons d'enfants et d'adolescents qui ont une malformation anatomique des organes génitaux (internes et/ou externes) pour diverses raisons embryologiques et/ou génétiques et qui appellent une prise en charge hospitalière.

La prise en charge des enfants avec VDG a évolué depuis les 10 dernières années. La mobilisation des instances européennes et nationales suite aux déclarations de patients avec une VDG traités dans l'enfance (Cour Européenne des Droits de l'Homme en 2016, Défenseur des Droits en 2017, Conseil d'Etat en 2018, avis 132 du CCNE en 2019, notamment), la publication des données internationales sur le suivi à long termes des patients avec VDG montrant l'insatisfaction de certains adultes traités et la proportion importante de changement de sexe dans les cas essentiellement de déficit en 5 alpha réductase et de 17 HSD3, ont remis en question certains principes de notre prise en charge (Kohler B. 2012 ; Loch Batista R. 2019 Babu R. 2021, Schober J. 2012 ; Mouriquand P. 2016).

Le développement de collaborations et de registres internationaux (EuroDSD project, DSD-life, I-DSD Registry, I-CAH registry.) ont permis de poser les jalons d'une prise en charge plus homogène sur le plan international et l'établissement d'un consensus européen sur la prise en charge des patients avec VDG (Cools M 2018).

L'article L. 2131-6 de la loi de bioéthique du 2 août 2021 et l'arrêté de bonnes pratiques qui en a découlé publié en novembre 2022 a permis de poser un cadre légal à la prise en charge des enfants avec VDG, prise en charge qui doit se faire

dans les centres experts, soit les centres constitutifs et de compétence du centre du Développement Génital du fœtus à l'adulte (DEV-GEN), du centre des Maladies Endocriniennes Rares de la Croissance et du Développement (CRMERCD/aujourd'hui CRESCENDO) et du centre des Pathologies Gynécologiques Rares (PGR).

Les interventions chirurgicales précoces, systématiques il y a encore une dizaine d'années, sont beaucoup plus discutées. L'un des enjeux de ces discussions concerne celui du consentement de l'enfant à une chirurgie sur ses organes génitaux. L'abstention thérapeutique fait partie de nos propositions de prise en charge.

Nous avons mis en place, à Necker enfants malades, des consultations pluridisciplinaires systématiques avec un endocrinologue pédiatre et un chirurgien urologue pédiatre permettant aux parents (parfois dès le prénatal) puis à l'enfant de voir comment s'articule sa prise en charge avec des soignants qui parlent d'une même voix. Notre prise en charge globale, à savoir, l'information éclairée et la plus complète possible donnée aux parents, le temps nécessaire pris avec les parents pour réfléchir à nos décisions, n'a pas changé ; mais nous évoquons maintenant avec eux la possibilité de ne pas intervenir tout en sachant que nous ne connaissons pas actuellement le devenir à long terme de cette prise en charge.

Nous avons une réunion multidisciplinaire mensuelle avec les endocrinologues pédiatres, la psychologue référente des VDG (Mme Gueniche), les gynécologues pédiatres (Dr Da Costa) du service et les chirurgiens urologues pédiatres (Pr Blanc) du site, pour pouvoir discuter de chaque enfant avec VDG afin de prendre une décision collégiale. Cette proposition de prise en charge est par la suite exposée à la RCP nationale bimensuelle.

Le suivi sur le long terme s'articule également avec des consultations communes et, selon les besoins, des consultations avec l'endocrinologue pédiatre et la psychologue. Le suivi régulier de ces enfants, qui vont bien, peut poser la question d'une pathologisation. Il est clair que ce suivi, médical et psychologique, doit permettre à l'enfant et aux parents de trouver un espace de discussion et au soignant et d'informer l'enfant sur son diagnostic et des décisions prises dans sa prise en charge.

DOCTEUR DINANE SAMARA BOUSTANI (PH) : la pédiatre-endocrinologue

Je travaille dans le service d'Endocrinologie Diabétologie et Gynécologie Pédiatriques du Pr Polak depuis 2002, praticien hospitalier depuis 2006, membre puis coordinateur du centre constitutif Necker du Centre de Référence des Maladies Endocriniennes Rares de la Croissance et du Développement, centre expert pour les VDG. Je m'occupe des enfants avec VDG depuis 20 ans.

Nous pouvons être amenés à prendre en charge ces enfants avant leur naissance, le plus souvent à leur naissance et parfois pendant leur enfance et leur adolescence.

La 1ere question est de savoir ce que l'on définit par Variation du Développement Génital.

Une des réponses possibles nous est donnée par l'arrêté de bonnes pratiques de novembre 2022 qui demande aux praticiens de discuter en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de toutes les variations du développement génital ayant un diagnostic étiologique, diagnostic que je vous détaille plus loin, et tous les patients avec hypospades postérieurs (c'est-à-dire avec un orifice urétral proche de la base de la verge, ou scrotal ou périnéal) associé à un micropénis, ou une ectopie testiculaire ou à une anomalie hormonale voire génétique. Pour de rares enfants avec VDG, se posera la question, à la naissance, de la déclaration de sexe.

Notre rôle est tout d'abord de faire si possible un diagnostic devant une particularité anatomique des OGE ou devant une incongruence entre le sexe chromosomique et le sexe anatomique.

Sur le plan physiologique

La différenciation sexuelle est d'abord chromosomique/génétique. A un stade précoce de la grossesse, les fœtus masculins (caryotype 46, XY) et féminins (caryotype 46, XX) ont des organes génitaux externes (OGE) et internes (OGI) semblables et des gonades indifférenciées. Les OGE sont formés d'un bourgeon génital (futur clitoris ou pénis), un urètre, un sinus urogénital ouvert (futur vagin) et des bourrelets génitaux de chaque côté du sinus urogénital (futur grandes lèvres ou scrotum). Les 2 types d'OGI, les canaux de Muller (futur utérus et trompes) et les canaux de Wolff (futur épидидyme, canal déférent et vésicule séminale) sont présents chez les foetus 46 XX et 46 XY.

Selon le caryotype et l'activation de certains gènes du développement et de la différenciation les gonades se différencient en ovaires (fille 46 XX) ou en testicules (garçon 46 XY). Les testicules sécrètent (et dès la vie intra utérine) la testostérone et sa forme active la dihydrotestostérone (DHT) et l'hormone anti mullérienne (AMH). Les ovaires ne sécrètent aucune de ces 2 hormones.

La 2ème étape de la différenciation sera donc hormonale. La présence de la testostérone et de la DHT permet la virilisation des OGE avec augmentation du volume du bourgeon génital qui deviendra un pénis, et la constitution d'un urètre s'abouchant à la partie distale de ce dernier. Elles sont également responsables du développement des bourrelets génitaux et de leur fusion donnant le scrotum où vont migrer les testicules. La présence de l'AMH va induire l'involution des Canaux de Muller et la testostérone va permettre le développement des canaux de Wolff donnant de chaque côté un épидидyme (en contact avec le testicule), un canal déférent et une vésicule séminale. Chez le fœtus 46 XX, en l'absence de testostérone le bourgeon génital reste de petite taille et donnera le clitoris ; les bourrelets génitaux restent peu développés et séparés et donneront les grandes lèvres. L'urètre restera abouché au périnée. En l'absence d'AMH, les canaux de Muller pourront se développer et donneront les trompes et l'utérus et les 2 premiers tiers du vagin. L'ab-

sence de testostérone permettra aux canaux de Wolf d'involuer et au tiers inférieur du vagin de se développer et de rester ouvert au périnée.

Sur le plan physiopathologique

Une anomalie à chaque étape de cette différenciation peut être responsable de VDG. Le consensus de Chicago de 2006 a permis de classer les VDG en fonction de leurs étiologies :

-46 XX VDG avec virilisation des Organes Génitaux Externes (OGE) due à la présence de testostérone d'origine surrénalienne (hyperplasie congénitale des surrénales par déficit enzymatique entraînant une insuffisance de sécrétion des gluco- et minéralo-corticoïdes et transformation accrue des métabolites en amont du bloc enzymatique en testostérone, cause la plus fréquente de la virilisation des OGE des foetus 46 XX) ou gonadique par la présence de tissu testiculaire associé au tissu ovarien (ovotestis).

-46 XY VDG avec sous virilisation des OGE due à une sécrétion insuffisante de testostérone par des testicules insuffisamment ou mal différenciés (dysgénésie gonadique complète ou non) ou un déficit enzymatique surrénalien (déficit en 3beta hydroxylase, POR, StAR, etc.) ou gonadique (déficit en 17 α HSD3). La sous-virilisation peut être due à une résistance aux androgènes complète ou partielle (la testostérone est suffisamment sécrétée mais n'agit pas ou peu en raison d'une anomalie de son récepteur) ou un défaut de sécrétion de DHT par déficit en 5 α réductase type 2 (enzyme qui transforme la testostérone en DHT)

Une VDG due à une anomalie chromosomique (45 XO/46 XY etc.) entraînant une anomalie plus ou moins importante de la différenciation et de la fonction gonadique.

Pour établir le diagnostic devant une VDG non nous basons sur la clinique des OGE, sur des dosages hormonaux (testostérone, AMH, Inhibine B, delta 4 androsténone, FSH, LH, DHT, 17 OHP et autres métabolites surrénaliens) et radiologiques (échographie pelvienne a la recherche de dérivés mullériens (OGI)).

En anténatal, le diagnostic peut être suspecté devant une constatation d'OGE atypique aux échographies anté-natales ou une incongruence entre le caryotype et l'aspect des OGE. Il est possible de réaliser durant la grossesse une ponction de liquide amniotique pour réaliser un caryotype, certains dosages hormonaux et même la recherche de mutation de certains gènes connus pour être responsable de VDG.

Pendant l'enfance, le diagnostic est suspecté devant une atypie des OGE passée inaperçue (hypertrophie clitoridiennes, fusion des grandes lèvres, etc.). Dans certains cas, le diagnostic de VDG peut être fait à l'adolescence chez une fille avec un impubérisme (dysgénésie gonadique pure 46 XY) ou une aménorrhée primaire (46 XY avec une insensibilité complète aux androgènes) ou avec une virilisation (46 XY avec insensibilité partielle aux androgènes ou un déficit 5 alpha réductase ou en 17 HSD3)

Le diagnostic étiologique sera confirmé par une étude génétique des gènes impliqués dans le développement des organes génitaux soit par l'étude de gènes ciblés quand les examens orientent fortement l'étiologie, soit par une étude d'un panel de gènes connus responsables de VDG, voir dans certains cas, en cas de négativité des recherches antérieures par une étude de l'exome ou du génome. L'étude génétique peut cependant rester négative.

Nous pouvons être confrontés, dans de rares cas, à des anomalies des OGE ne permettant pas de déclarer le sexe de l'enfant dans les 5 jours ouvrés après sa naissance. Il est nécessaire de décaler cette déclaration afin d'obtenir les résultats des examens nécessaires à la prise de décision, de prendre le temps de discuter et d'expliquer aux parents, souvent lors de plusieurs entretiens, le diagnostic et la ou les prises en charge possibles.

L'article 30 de la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 a permis de modifier l'article 57 du code civil sur la déclaration des naissances. En cas d'impossibilité médicale de déterminer le sexe de l'enfant, il est donc permis de décaler la déclaration de sexe lors de la déclaration de naissance. Le sexe devra cependant être déclaré dans les 3 mois suivant la déclaration de naissance. Cette décision doit être prise, depuis la publication de l'arrêté de bonnes pratiques, après concertation au sein de la RCP nationale.

DOCTEUR SABRINA DA COSTA (PH) : la gynécologue pédiatre

Je suis gynécologue médicale de formation, spécialisée en gynécologie de l'enfant et de l'adolescente. Praticien Hospitalier, j'ai rejoint le service d'endocrinologie, gynécologie et diabétologie pédiatrique de l'hôpital Necker en Novembre 2017. Nous assurons la coordination nationale du centre de référence des pathologies gynécologiques rares (PGR), ce qui m'amène à prendre en charge des patientes avec une VDG. Du fait de ma spécialité, je rencontre exclusivement les enfants/adolescents déclarés fille à la naissance.

J'interviens, le plus souvent en période péri-pubertaire, auprès des enfants et jeunes adolescentes.

Il existe 2 situations :

- La première, où le diagnostic de VDG a été posé dès la naissance. Auquel cas, il y a déjà un suivi avec les endocrinologues pédiatres. A Necker, nous organisons souvent des consultations multi-disciplinaires pour expliquer à la jeune adolescente, au moment opportun et avec un langage adapté, la particularité de développement des organes génitaux ; reprendre sa propre histoire et répondre à ses questions. Nous l'accompagnons au moment de la puberté en laissant sa place à ses réflexions identitaires, et à l'abord des questions autour de la sexualité et de la fertilité.

- La seconde situation, c'est le diagnostic de VDG au moment de l'adolescence chez une fille avec retard pubertaire (dysgénésie gonadique pur 46 XY) ou aménorrhée primaire (46 XY avec insensibilité complète aux androgènes) ou avec virilisation (46 XY avec une insensibilité partielle aux androgènes ou un déficit en 5 Alpha réductase). Nous pouvons alors être en première ligne pour faire et annoncer le diagnostic. L'annonce de la non-congruence entre le sexe phénotypique et génétique est souvent difficile pour ces jeunes filles et leur famille. Pour certains diagnostics, l'annonce d'une absence d'utérus et/ou de vagin vient projeter la jeune patiente dans les questions de sexualité future et de fertilité, alors que ces questions n'étaient pas encore d'actualité. Parfois, et à l'inverse, la jeune fille a déjà tenté de démarrer sa vie sexuelle avec parfois des échecs en lien avec son anatomie qu'elle ne connaît pas.

En tant que gynécologue, je suis amenée à « induire » la puberté car le corps n'est pas à même de sécréter les hormones nécessaires au développement des caractères sexuels secondaires ; les gonades ne fonctionnent pas du fait de l'anomalie biologique en lien avec la VDG ou suite à une chirurgie. La question des identités sexuée et de genre de la jeune fille est alors parfois posée car l'adolescente prend une part active à sa transformation physique en s'administrant les hormones.

Il faut aussi accompagner ces patientes dans le démarrage de leur vie sexuelle. Il y a très souvent des questions sur la « norme » des organes génitaux externes avec des questions d'ordre esthétique mais aussi fonctionnelle : « vais-je ressentir du plaisir ? » ou « est-ce que je peux avoir un rapport avec pénétration ? ». Il est indispensable de prendre le temps d'expliquer un geste chirurgical quand il a eu lieu dans la petite enfance, et d'en expliquer le « résultat ».

A la demande/au besoin de l'adolescente, il est possible d'envisager des reprises chirurgicales en veillant à lui donner une information éclairée. Qu'il y ait eu ou non une chirurgie, il est parfois nécessaire de réaliser des dilatations vaginales pour envisager des rapports sexuels pénétrants (quel que soit l'orientation sexuelle de la jeune fille). Cet accompagnement à l'entrée dans sa vie sexuelle doit se faire quand l'adolescente est prête, exclusivement à sa demande.

Il reste la question de la fertilité. Sujet très « lourd », pour l'adolescente chez qui le sujet n'est le plus souvent pas d'actualité mais qui se retrouve projetée dans cette question.

Dans tous les cas cette période péri pubertaire expose l'enfant qui devient adolescent à des questions complexes et nous avons un devoir d'accompagnement, qui passe le plus souvent par une prise en charge multidisciplinaire et une collaboration étroite entre tous les intervenants.

PROFESSEUR THOMAS BLANC (PUPH UPC) : le chirurgien pédiatre

Le chirurgien explique que la chirurgie innove, et que les techniques ne sont plus du tout les mêmes qu'il y a 30 ans. Il regrette cependant la grande hétérogénéité de la prise en charge des cas au niveau national.

En pratique, trois hypothèses se présentent :

- Le caryotype est en inadéquation avec les organes génitaux externes au stade anténatal ;
- La mère a été confrontée à une VDG de l'enfant lors d'une grossesse antérieure ;
- Un enfant présente une anomalie des organes génitaux.

Au stade prénatal, il est possible de réaliser des dosages hormonaux, des examens poussés, mais les médecins n'ont pas encore tous les éléments en leur possession. A la naissance, ils expliquent aux parents la nature de la prise en charge qu'ils proposent. Désormais, ils recommandent fortement que les enfants confrontés à une VDG naissent à Necker, car la prise en charge locale peut être inadaptée.

Depuis la publication de l'arrêté des bonnes pratiques de 2022, il arrive que certains enfants ne puissent plus être opérés avant que l'enfant n'exprime son avis. En outre, la question de la conviction parentale est très importante.

Les enfants opérés à Necker sont suivis jusqu'à la fin de leur puberté, puis par des médecins pour adulte. Le suivi psychologique est également très important.

L'équipe constate que certains parents préféreraient que l'enfant soit opéré avant qu'il puisse exprimer son avis.

KARINNE GUENICHE (MCU-HDR UPC)

Je suis psychologue-psychanalyste et Maître de Conférences des Universités-Habilitéée à Diriger des Recherches à Université Paris Cité. Je travaille depuis une trentaine d'années à l'hôpital Necker enfants malades à Paris, dans le service du Professeur Polak en endocrinologie, gynécologie et diabétologie pédiatriques. Ma pratique clinique et ma réflexion de recherche sur les bébés, enfants, adolescents et jeunes adultes, nés avec une malformation des organes génitaux, a débuté dans les années 2000 avec une recherche médico-psychologique que j'ai coordonnée avec les gynécologues de notre service entre 2004 et 2008 sur une cohorte de 18 patientes jeunes adultes au caryotype XY, déclarées « fille » à la naissance et opérées ; cette étude a constitué pour moi le socle de toute ma réflexion théorico-clinique sur ce champ qui s'est depuis particulièrement enrichi (Gueniche et al., 2008).

De la nécessité d'un vocable clair, précis et rigoureux pour penser ces enfants

Avant d'aller plus loin, et en long préambule nécessaire à mon sens, je souhaite

insister sur **deux points d'importance** pour comprendre ce dont je parle : le sexe psychique et les trois niveaux de l'identité ET la bisexualité psychique.

En effet, après ces presque vingt-cinq années de réflexion théorico-clinique, force a été pour moi de constater que **les confusions** entre les différents niveaux convoqués dans ces problématiques sont légion tant du côté du socius, de l'espace public que parfois des soignants (dont je suis) ; sans parler de la militance qui peut se satisfaire d'approximations ou de simplifications dommageables pour la compréhension de ce dont il est question. Dire si ce sujet n'est pas « neutre » et dire aussi qu'un concept change de sens en fonction de ses usages et de ses usagers !

Ainsi et à mon sens, pour rendre compte de ces cliniques, il est essentiel de toujours savoir ce dont on parle (**en définissant avec précision les termes utilisés**) et de quelle place on parle quand on en parle.

1- « Le sexe psychique » et les trois niveaux de l'identité

A- De façon assurément trop synthétique, tout d'abord dire qu'il existe **plusieurs** « sexes » notamment : anatomique, biologique, chromosomique, sociologique et psychologique ou psychique.

Rappeler aussi que le sexe psychique se décline à plusieurs niveaux (**le genre, le sexué et le sexuel**) lesquels se réfèrent au moins à **trois modalités de notre identité**, même si le mot « identité » ne va pas avec « sexe psychique » précisément parce qu'identité est du côté d'un état, d'une stabilité (une fois pour toute) alors que « sexe psychique » est du côté d'une variation, d'une pluralité et d'une fantaisie à chaque fois singulière et éventuellement renouvelée.

Ainsi, « se reconnaître et se savoir garçon ou fille » est le fruit d'un **processus psychique hyper complexe** (cf. infra) que l'anatomie et la biologie (et leurs avatars) ne résument pas et ne constituent pas comme l'unique destin du sujet.

B- J'insiste aussi pour rappeler que dans ce champ d'expertise clinique, la langue française revêt une richesse que la langue anglaise n'illustre pas. Ainsi en anglais c'est la « **gender identity** » qui est convoquée dans l'ensemble des travaux scientifiques. « **Identité de genre** » en serait la traduction alors que ce terme ne recouvre pas la richesse du sexe psychique comme je le souligne.

La gender identity relève d'une identité sociale, sans nuances : « *système binaire rigide* », à l'instar de la binarité anatomique, souligne Pierre Mouriquand (2012) qui s'accommode mal des fantaisies de l'identité sexuée et sexuelle individuelle.

[cf John Money, le gender role (1955) **ET** Robert Stoller, le genre et la variation du genre (1968)]

On peut être surpris que le terme aujourd'hui choisi avec la loi de bioéthique de 2021 (et après le Conseil d'Etat en 2018) pour désigner les malformations anato-

miques des organes génitaux soit celui de « variation du développement génital » comme s'il fallait revendiquer une variation anatomique des organes génitaux pour garantir le droit à une diversité sexuelle et une variation de genre (une multitude de variations du psychisme humain et de la sexualité) et une diversité sexuelle, laquelle est justement donnée par la définition même du « genre » (Stoller).

Dans la même lignée, on peut être étonnés du terme pathologique souvent consacré en médecine et en psychiatrie de « dysphorie de genre » (gender dysphoria) [non congruence entre son sexe anatomique et son sexe social] puisque précisément le genre, par définition et dans toute ses variations, peut justement être non congruent au sexe !

Mais revenons aux différents niveaux de notre identité.

L'identité de genre correspond ainsi à ce qui est socialement attendu d'un garçon ou d'une fille au regard du socius et de sa culture d'origine.

L'identité sexuée permet au petit d'homme (et au sujet en devenir) de se savoir et se reconnaître « garçon » ou « fille » dans une conviction psychique identitaire quelle que soit sa réalité biologique. L'identité sexuée se constitue précocement et se co-élabore même progressivement au sein de la triade et des interactions précoces, et par le jeu des identifications. L'élaboration permanente et dynamique de l'identité sexuée s'inscrit dans un modèle pluri-factoriel à l'interface de facteurs endogènes et de facteurs exogènes (Gueniche, 2010 & 2015)

dont les effets de rencontre sont déterminants (Golse & Jardin (2003)³.

3 Tout le travail psychique du petit d'homme vers ses parents ne suffit pas à l'instauration du sentiment d'être un garçon ou une fille, au vécu de garçon ou au vécu de fille. A ces identifications primaires, il est nécessaire insiste Golse et Jardin (*op. cit.*) que s'adjoigne, grâce aux adultes qui prennent soin de lui -et ce mouvement est probablement contemporain du précédent- la confirmation identitaire par le truchement du regard de l'adulte sur l'enfant, c'est-à-dire d'identifications conscientes et inconscientes de la part des parents vers l'enfant. Ainsi, tout se passe comme si c'était dans le psychisme des parents que se jouait d'abord l'identité sexuée de l'enfant et ce dès la naissance, pour ne pas dire dès la grossesse au moment des échographies voire même au cœur de la psycho-sexualité des deux parents. Il est pensé, porté, manipulé différemment selon son sexe. Son corps, premier lieu d'échanges d'avec ses parents, est ainsi le premier réceptacle de leurs représentations et affects liés à son sexe. Les parents (le père et la mère) pensent leur enfant comme étant un garçon ou une fille en fonction du repérage de ses organes génitaux externes et surtout à travers ce qu'ils imaginent de son sexe. Rajon (1998, 2008) révèle, quant à elle, l'enjeu majeur de la reconnaissance de l'appartenance sexuée de l'enfant par ses parents. Les parents interagissent donc différemment selon qu'ils considèrent leur enfant comme un garçon ou une fille... une grande part de subjectivité donc de la part des adultes qui prennent soin de lui indépendamment de son équipement objectif de mâle ou femelle. De sa clinique des enfants intersexes, Kreisler

L'identité sexuelle

Elle définit habituellement le choix d'objet sexuel, à savoir « être hétérosexuel », « être homosexuel » ou « bisexuel ». Certains auteurs proposent néanmoins une définition de l'identité sexuelle plus complexe qui se rapproche de l'identité sexuée assortie du choix d'objet d'amour (hétéro-, homo ou bisexuel).

A présent, je convoque le deuxième point théorique nécessaire à la compréhension de ce dont il est question de ma place dans la prise en charge et la compréhension des cliniques et des enfants avec lesquels nous travaillons. Après le « sexe psychique », il est essentiel de parler de la « bisexualité psychique ».

2- *Et la bisexualité psychique*

La bisexualité psychique est une notion troublante de la psychanalyse qui recouvre la présence obscure et mouvante du féminin chez l'homme et du masculin chez la femme (David, 2011) étant entendu que « féminin » et « masculin » ne recouvre pas les mêmes aspects selon qu'il s'agit de biologie, de sociologie ou de psychologie. C'est une notion qui introduit le sujet à l'étranger en lui.

Chaque sujet possède ainsi des dispositions sexuelles masculines et féminines, fruit d'un processus psychique fait d'identifications à la fois masculines (et paternelles) et féminines (et maternelles).

Enfin, est-il nécessaire de préciser que la bisexualité psychique n'est pas la bisexualité anatomique (hermaphrodisme !) ou encore la bisexualité génitale (être bisexuel dans ses choix amoureux).

cf. Gueniche, 2017.

Le travail de la psychologue et psychanalyste dans l'équipe pluridisciplinaire à NEM

Je souhaite aujourd'hui juste vous rappeler que ce dont il est question dans mon propos concerne un enfant né avec une malformation (anatomique) des organes gé-

(1970) confirme ce point de vue et dégage deux facteurs décisifs dans l'élaboration de l'identité sexuée : le désir et les représentations des parents et des médecins concernant l'enfant d'une part ; l'interprétation faite par l'enfant de ce désir (comment il se situe dans ce processus ?) d'autre part. Ainsi et en première instance, l'entourage (bien entendu les parents, mais dans notre clinique, également le corps médical) serait impliqué dans une dynamique relationnelle qui participe de la genèse de l'identité sexuée de l'enfant ; dynamique relationnelle toute imprégnée de messages énigmatiques du père et de la mère que le bébé d'abord puis l'enfant va interpréter et traduire (Gueniche, 2015). Il ne s'agit pas là d'une empreinte passive résultant de ce qui vient de ses parents et de son entourage mais d'une dynamique de réponse à leurs messages conscients et inconscients, d'une interprétation, le produit d'une construction propre à l'enfant (Chiland, 2004).

nitaux à la naissance au point que parfois sa déclaration à l'état civil « garçon » ou « fille » peut être rendue difficile.

De façon un peu caricaturale, je parle ici d'un enfant dont l'anatomie n'est pas spécifiquement marquée du sceau de la binarité (mâle ou femelle) à la naissance et qui sera déclaré « garçon ou fille » à l'état civil.

Psychiquement et comme tous les enfants du monde, cet enfant-là va devoir grandir et se développer avec ses questionnements et parfois ses tiraillements quant à sa bisexualité psychique ; celle-ci est elle-même empreinte de celle de ses figures tutélaires, père et mère, souvent tiraillés dans leur propre bisexualité psychique avec sa naissance : « *je ne savais pas que ça existait* ». La bisexualité psychique de cet enfant-là ouvre à une multitude de possibles et d'expressions variables de son savoir intime sur son identité sexuée et sur son identité sexuelle, indépendamment de son identité de genre.

Mon travail dans notre équipe représente une possibilité que s'éloigne la dualité du masculin et du féminin anatomique (la sexuotion⁴ binaire en mâle ou femelle) pour faire jouer la bisexualité psychique.

L'une des questions qui se pose est en effet de savoir comment favoriser un déplacement qui fasse sortir les questions de cet affrontement binaire, celui-là même qui supporte la prégnance du poids anatomique.

Peut-on en somme réduire la vie psychique et la pluralité de ses expressions et de ses variations... à la seule anatomie ? « Vous savez, garçon/fille, tout ça, ça n'existe plus pour nous ... avec le diagnostic, tout a volé en éclats » disait le père d'un enfant porteur d'une VDG.

La confusion entre sexe (anatomique) et sexualité

Dans l'alcôve des consultations avec le psychiste, la malformation anatomique est troublante pour les parents (mais aussi les équipes) et la confusion entre anomalie des organes génitaux et anomalie de la sexualité se dit dans une immédiateté souvent saisissante.

Sexe et sexualité se superposent ainsi dans l'imaginaire de parents médusés par la malformation de leur enfant.

À peine né, le trouble du développement du sexe est souvent appréhendé comme affectant possiblement le développement (psycho)-sexuel et avec lui le choix d'objet sexuel de leur progéniture à l'adolescence. « Est-ce qu'avec ça, notre enfant va devenir homosexuel plus tard ? » ou bien « est-ce qu'il va devenir travesti ? » voire « transsexuel ? » demandent les parents alors que leur bébé est à peine né et confortablement installé dans son siège ou lové dans leurs bras (Gueniche, 2014).

4 Je rappelle que « sexe » vient du mot « secare » qui signifie « couper ».

La bisexualité anatomique visible de leur progéniture est fantasmée très rapidement par les parents comme contaminant sa bisexualité psychique, et partant son évolution psychosexuelle et ses choix d'objet amoureux futurs.

Le doute et l'incertitude

Le champ d'expertise des enfants nés avec une malformation anatomique des organes génitaux (internes et/ou externes) convoque des cliniques que j'appelle « du doute et de l'incertitude ».

Le doute est d'abord implanté dans le psychisme des parents par le langage (et la langue adressée) : « on ne sait pas si votre bébé est une fille ou un garçon » se souvenait une jeune mère, encore sidérée et traumatisée par la formulation de la sage-femme à la naissance.

Il est aussi relayé par l'impact visuel de la malformation des organes génitaux.

Il se vit et s'exprime (quand c'est possible) par les parents qui prennent soin de leur bébé ; il s'éprouve et se pense aussi (quand l'inhibition à penser n'entame pas tout le champ de la pensée) du côté du « psy » mais aussi des protagonistes de l'équipe médicale pluri-disciplinaire et parfois, voire souvent, confusione les discussions à propos de tel ou tel enfant au sein des équipes et au niveau des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Ainsi, la question se pose souvent de la difficulté voire de l'impossibilité pour les parents de ce bébé-là de faire avec son anomalie des organes génitaux, laquelle peut les rappeler (voire les maintenir) sans cesse au doute sur l'identité de leur progéniture et barrer le processus hyper-complexe d'accès à la maternité et à la paternité en entravant le petit d'homme dans son devenir sujet et enfant de ces parents-là (Rajon, 2008).

Si le doute et l'incertitude sur l'identité de leur bébé interdisent la rencontre avec lui, la conviction identitaire du père et de la mère sur leur progéniture (et probablement aussi celle de tous les protagonistes engagés dans la prise en charge de l'enfant) autorise la spirale relationnelle de s'engager avec lui. La conviction parentale sur l'identité de leur bébé est inversement proportionnelle au doute (Rajon, 2008 & Gueniche, 2015).

Cette conviction est probablement le socle sur lequel va pouvoir s'engager la relation avec leur progéniture et avec elle la naissance du bébé dans leur tête, support de leur investissement. Reconnu comme leur semblable, identifié puis nommé (et déclaré à l'état civil) par ses parents, leur enfant peut sortir des limbes et se mettre à exister.

Du côté de l'enfant en devenir, il s'agit de repérer subtilement les positions identificatoires qu'il emprunte pour ancrer sa construction identitaire. Ce repérage, au-delà de l'observation médicale et du relevé d'indices isolément insuffisants, est pour chacun à chaque fois singulier.

Il peut aider à répondre à la question, toujours propre à chaque enfant et/ou adolescent, de savoir : « qu'est-ce qui fait que ce garçon-là est un garçon ? » ou « qu'est-ce qui fait que cette fille-là est une fille ? ».

Les enjeux du nouvel arrêté de bonnes pratiques (novembre 2022) ?

Chaque situation clinique, en RCP et dans certaines réunions locales (cf. supra), fait objet de discussions pour envisager la meilleure option thérapeutique possible pour l'enfant, en tenant compte de son environnement familial. Si les critères anatomiques, biologiques, médicaux sont pris en compte, certains cas imposent de tenir compte d'éléments psychiques et affectifs.

Il est en effet des situations pour lesquelles, père et mère ne parviennent pas à s'engager dans la relation avec leur rejeton marqué par une malformation génitale. Il en est d'autres où la malformation génitale péjore le développement de l'enfant à commencer par sa rencontre avec ses pairs à l'école, devenant alors objet de railleries voire de moqueries. Il en est enfin où la malformation anatomique vient inconsciemment servir (pour les parents mais peut-être aussi pour les soignants involontairement) une ambiguïté sur l'identité de l'enfant. Ainsi, une fillette, par exemple, avec un clitoris proéminent et érectile (à l'instar d'un pénis) pourra à son insu servir les intérêts parentaux de ne jamais avoir conçu de garçon. En grandissant, cette fillette pourra « faire le garçon » (sans l'être) pour satisfaire les projections parentales.

Ne pas l'opérer (réduire son clitoris) ici, c'est possiblement donner du crédit à l'équation :

fantasme = réalité ... et rendre possiblement équivalent bisexualité psychique et bisexualité anatomique.

Le risque de cette équivalence est d'une part de servir à l'insu des équipes soignantes la cause militante idéologique⁵ et d'autre part de confusionner l'enfant en devenir dans ses assises identitaires (« tu es une fille en étant un garçon »).

5 Aujourd'hui, l'idéologie a pour visée (illusoire bien entendu) de faire s'incarner la bisexualité psychique du sujet (considérée comme identité de genre) dans un corps bisexuel... je pourrais presque dire hermaphrodite Au fond un projet très réducteur, très abrasif qui évacue l'hyper-richesse des variations de notre sexualité et de nos positions (à commencer par nos positions identificatoires) par rapport à la sexualité. D'où l'intérêt pour la militance d'utiliser les corps non opérés de nos petits patients nés avec une malformation des organes génitaux comme un étendard de leur cause !

Ainsi, dans ces cas-là, et si la demande parentale de chirurgie est impérieuse et suffisamment discutée en équipe pluridisciplinaire et en RCP, sa décision peut protéger chaque protagoniste d'une évolution psychopathologique du petit d'homme.

Bibliographie

Ahmed, S. F., O. Khwaja, et I. A. Hughes. The Role of a Clinical Score in the Assessment of Ambiguous Genitalia. *BJU International* 85, no 1 (janvier 2000): 12024. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2000.00354.x>.

Ahmed, S. F., R. Dobbie, A. R. Finlayson, J. Gilbert, G. Youngson, J. Chalmers, et D. Stone. Prevalence of Hypospadias and Other Genital Anomalies among Singleton Births, 1988-1997, in Scotland. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition* 89, no 2 (mars 2004): F149-151. <https://doi.org/10.1136/adc.2002.024034>.

Ahmed, S. Faisal, John Achermann, Julie Alderson, Naomi S. Crouch, Sue Elford, Ieuan A. Hughes, Nils Krone et al., Society for Endocrinology UK Guidance on the Initial Evaluation of a Suspected Difference or Disorder of Sex Development (Revised 2021). *Clinical Endocrinology* 95, no 6 : 81840. <https://doi.org/10.1111/cen.14528>.

Aydin, Banu Kucukemre, Nurcin Saka, Firdevs Bas, Evrim Kiray Bas, Asuman Coban, Sukran Yildirim, Tulay Guran, et Feyza Darendeliler. Frequency of Ambiguous Genitalia in 14,177 Newborns in Turkey. *Journal of the Endocrine Society* 3, no 6 (1 juin 2019): 118595. <https://doi.org/10.1210/js.2018-00408>.

Babu, Ramesh, et Utsav Shah. Gender Identity Disorder (GID) in Adolescents and Adults with Differences of Sex Development (DSD): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Urology* 17, no 1 (février 2021): 3947. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.017>.

Batista, Rafael Loch, Marlene Inácio, Ivo Jorge Prado Arnhold, Nathália Lisboa Gomes, José Antônio Diniz Faria, Daniela Rodrigues de Moraes, Elaine Maria Frade Costa, Sorahia Domenice, et Berenice Bilharinho Mendonça. Psychosexual Aspects, Effects of Prenatal Androgen Exposure, and Gender Change in 46,XY Disorders of Sex Development. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 104, no 4 (1 avril 2019): 116070. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01866>.

Chiland, C. (2004). La naissance de l'identité sexuée In Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 4 volumes. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 297-317. doi: 10.3917.

Cools, Martine, Anna Nordenström, Ralitsa Robeva, Joanne Hall, Puck Westerveld, Christa Flück, Birgit Köhler, et al. Caring for Individuals with a Difference of Sex Development (DSD): A Consensus Statement. *Nature Reviews. Endocrinology* 14, no 7 (juillet 2018): 41529. <https://doi.org/10.1038/s41574-018-0010-8>.

David, Ch. (2011). *La bisexualité psychique*, Paris, Payot.

Golse, B. (2010). Se savoir ou se sentir garçon ou fille. Apports de la clinique, de la recherche et de l'observation directe selon la méthode d'Esther Bick, à la question de l'émergence de l'identité sexuée, In *Les destins du développement chez l'enfant. Avenirs d'enfance*, sous la direction de Golse, B. Toulouse, Érès, « La vie de l'enfant », 85-109.

Golse, B., Jardin, F. (2003). Se savoir ou se sentir garçon ou fille, *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 33, 131-142.

Gueniche, K. & De Luca, M. (2019). Ecueils et entraves de la bisexualité psychique à l'épreuve de l'enfance et de l'adolescence, *Le Carnet Psy*, 7, 228, 50-54. doi : 10.3917/lcp.228.0050.

Gueniche, K., Jacquot, M., Thibaud, E., Polak, M. (2008). Gender identity (identité sexuée) deadlock... a study of XY young adults born with a disorder of sex development and reared as female, *NEA*, 56, 6, 377-385. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.05.006>.

Gueniche, K. (2010). Le processus d'élaboration de l'identité sexuelle - Le cas des enfants nés avec un trouble du développement du sexe. *Handicap, Identité sexuée et vie sexuelle* In Ciccone, pp. 237-253, Paris, Eres.

Gueniche, K. (2015). La perversion est-elle anatomique ? In André, J. *La perversion, encore*, Paris, PUF, pp. 55-75.

Gueniche, K. (2017). Féminin et masculin à l'épreuve de la médecine contemporaine, document de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches, UPC, novembre 2017, Paris.

Gueniche, K., Polak, M. (2012). Faire face à une naissance sans nom, *Archives de Pédiatrie*, Vol 19/4, 351-354.

Hughes, A., Houk, C., C Houk, Ahmed SF, Lee P A and LWPE1/ESPE2 Consensus Group (2006), Consensus statement on management of intersex disorders, *Arch Dis Child*. 91 (7): 554-563 ; doi: 10.1136/adc.2006.098319

Köhler, Birgit, Eva Kleinemeier, Anke Lux, Olaf Hiort, Annette Grütters, Ute Thyen, DSD Network Working Group, et al. Satisfaction with Genital Surgery and Sexual Life of Adults with XY Disorders of Sex Development: Results from the German Clinical Evaluation Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 97, no 2 (février 2012): 577-88. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-1441>.

Kreisler, L. (1970). Les intersexuels avec ambiguïté sexuelle, *Psychiatrie de l'enfant*, XIII, 1, 5-127.

Loi n° 2021 - 1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique. Article 30, chapitre 1er bis - Article L. 2131-6.

Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings », *Bull Johns Hopkins Hosp.*, vol. 96, no 6, 253-264.

Mouriquand, P. (2012). S'asseoir dehors In *Différenciation sexuelle et identités*, 53-64 (sous la direction de J.-Y. Tamet), Paris, In Press.

Mouriquand, Pierre D.E., Daniela Brindusa Gorduza, Claire-Lise Gay, Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Linda Baker, Laurence S. Baskin, Claire Bouvattier, et al. Surgery in Disorders of Sex Development (DSD) with a Gender Issue: If (Why), When, and How? *Journal of Pediatric Urology* 12, no 3 (juin 2016): 13949. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.04.001>.

Paricard Sophie. *La loi bioéthique encadre la situation des enfants intersexes* », Lefèvre Dalloz, Editions législatives, 2021.

Prader, A. Genital findings in the female pseudo-hermaphroditism of the congenital adrenogenital syndrome; morphology, frequency, development and heredity of the different genital forms. *Helvetica Paediatrica Acta* 9, no 3 (juillet 1954): 23148.

Rajon, A.-M. (1998). La naissance de l'identité dans le cas des ambiguïtés sexuelles, *Psychiatrie de l'enfant*, XLI, 1, 5-36.

Rajon, A.-M. (2008). Ce que nous apprennent les parents d'enfants porteurs d'ambiguïté génitale, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56, (6), 370-376. doi : 10.1016/j.neurenf.2008.04.020

Rodie, Martina E., Salma R. Ali, Arundathi Jayasena, Naser R. Alenazi, Martin McMillan, Kathryn Cox, Sumaiya M. Cassim, et al. A Nationwide Study of the Prevalence and Initial Management of Atypical Genitalia in the Newborn in Scotland. *Sexual Development* 16, no 1 (2022): 1118. <https://doi.org/10.1159/000517327>.

Schober, Justine, Anna Nordenström, Piet Hoebeke, Peter Lee, Christopher Houk, Leendert Looijenga, Gianantonio Manzoni, William Reiner, et Christopher Woodhouse. Disorders of Sex Development: Summaries of Long-Term Outcome Studies. *Journal of Pediatric Urology* 8, no 6 (décembre 2012): 61623. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2012.08.005>.

Stoller, R. (1960). *Sex and Gender : On the Development of Masculinity and Femininity*, Science House, New York City (trad. 1978, *Sexe et genre*, Paris, Gallimard).

Straaten, Saskia van der, Alexander Springer, Aleksandra Zecic, Doris Hebenstreit, Ursula Tonnhofer, Aneta Gawlik, Malgorzata Baumert, et al. The External Genitalia Score (EGS): A European Multicenter Validation Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 105, no 3 (1 mars 2020): e22230. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz142>.

Thankamony, A., V. Pasterski, K. K. Ong, C. L. Acerini, et I. A. Hughes. Anogenital Distance as a Marker of Androgen Exposure in Humans. *Andrology* 4, no 4 (juillet 2016): 61625. <https://doi.org/10.1111/andr.12156>.

Thyen, Ute, Kathrin Lanz, Paul-Martin Holterhus, et Olaf Hiort. Epidemiology and Initial Management of Ambiguous Genitalia at Birth in Germany. *Hormone Research in Paediatrics* 66, no 4 (2006): 195203. <https://doi.org/10.1159/000094782>.

Wisniewski, Amy B, Rafael L Batista, Elaine M F Costa, Courtney Finlayson, Maria Helena Palma Sircili, Francisco Tibor Dénes, Sorahia Domenice, et Berenice B Mendonca. Management of 46, XY Differences/Disorders of Sex Development (DSD) Throughout Life. *Endocrine Reviews* 40, no 6 (1 décembre 2019): 154772. <https://doi.org/10.1210/er.2019-00049>.

Annexe n°8

N°8 Chapitre du livre de Christian Flavigny

« Le récit d'une divergence franco-américaine », *Comprendre le phénomène transgenre : la réponse par la culture française*, Ellipses, 2023

2-1 : LE RÉCIT D'UNE DIVERGENCE FRANCO-AMÉRICAIN

L'ambiguïté génitale anatomique

Il faut reprendre l'histoire à ses origines ; le "genre" devient une notion psychologique sous la plume du psychologue John Money⁶ en 1955, reprise par le pédo-psychiatre et psychanalyste américain Robert J. Stoller dans la notion d'*identité de genre*, depuis leurs travaux ayant porté sur l'ambiguïté sexuelle anatomique.

Il s'agit d'une très rare⁷ anomalie des organes génitaux externes amenant une confusion dans le constat initial déterminant le sexe ; il en est deux versions : le pseudo-hermaphrodisme⁸ féminin (constitutionnellement une fille, avec des chromosomes XX, des ovaires, trompes de Fallope et utérus, mais des organes génitaux externes qui font considérer cet enfant à la naissance comme un garçon) ; et le pseudo-hermaphrodisme masculin (situation inverse, moins fréquente, chromosomes XY). Des débats agitent la communauté médicale pour savoir quelle conduite médico-chirurgicale tenir ; par exemple dans le premier cas : enlever les ovaires, ou bien restaurer un organe génital de configuration féminine ? La question était d'autant plus délicate que la découverte de l'anomalie était alors parfois tardive, en

6 Voir l'évocation par Jean-François Braunstein des travaux de John Money dans un chapitre titré : « un précurseur encombrant » : *La philosophie devenue folle – le genre, l'animal, la mort*, Grasset 2018, chapitre 1. Eugénie Bastié détaille : *Sauver la différence des sexes*, Gallimard, Tracts, 2023, p 14

7 La militante Anne Fausto-Sterling grossit considérablement les chiffres en parlant de 1,5% des naissances : *Corps en tous genres*, La Découverte, 2012. Elle contestera par la suite la dualité des sexes dans : « Les cinq sexes – Pourquoi mâle et femelle ne suffisent pas », 1993, *The Sciences*, revu en 2000.

8 Le terme allie le masculin (le dieu Hermès) et le féminin (la déesse Aphrodite) ; l'hermaphrodisme vrai ne se rencontre que dans la sphère animale (ainsi l'escargot, porteur de gonades mâles et femelles). L'hermaphrodisme humain réfère à l'intersexuation ou intersexualité ; il est toujours "pseudo" (simple effet d'apparence) et désigne des caractères sexuels ambigus. Le pseudo-hermaphrodisme masculin est souvent dû à des anomalies dans la synthèse de **testostérone** ; le pseudo-hermaphrodisme féminin est provoqué par une exposition précoce aux androgènes due à une affection des glandes surrénales.

tout cas à des âges très variables. Stoller introduit la *gender identity* pour désigner le vécu psychologique décalé du sex corporel, dont témoigne l'ambiguïté anatomique ; décalé, d'où il va conclure : indépendant.

Pour prendre du recul par rapport à ce qu'engage cette option de langage dans la conception américaine, il faut s'appuyer sur les travaux développés à la même époque par le pédopsychiatre français Léon Kreisler ; outre qu'il fait connaître en France le livre de Stoller alors pas encore traduit⁹, Kreisler mène alors une étude sur ce même thème de l'ambiguïté sexuelle anatomique à l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Paris ; j'ai eu la chance d'y collaborer avec lui, avant de lui succéder dans cet hôpital. Sa conclusion, étayée par une cohorte d'étude plus large que celle de Stoller, ne semble pas éloignée de celle du confrère américain : Kreisler établit que « l'évolution psychosexuelle de l'intersexuel ambigu se fait selon le sexe qui a été vu et reçu. On ne peut certes minimiser le rôle de facteurs biologiques, mais il est flagrant qu'ils peuvent être submergés par l'ensemble des comportements et des conduites déclenchées chez la mère dès la naissance de son enfant à l'annonce du sexe et à la vue des organes génitaux, puis organisés dans la relation primitive¹⁰».

Comment, depuis un constat partagé, se développent alors des divergences ? Stoller ne comprend pas ce que cela indique : *il y a un autre critère entrant en jeu dans l'établissement de l'identité sexuée ; culturellement il peine à le comprendre. Kreisler n'a pas déduit de son étude que le corps et la vie psychique sont sans correspondance l'un avec l'autre ; il prend en compte qu'il y a un autre critère à considérer, qu'il va préciser. Tandis que l'introduction du mot gender entraîne Stoller à postuler l'autonomisation de la vie psychique d'avec le sex anatomique : d'une compensation possible d'une anomalie corporelle par le psychisme, les travaux américains infèrent l'autonomie constitutive de la psyché et du corps. S'ensuivra leur dissociation : l'indépendance du gender aboutit à son auto-détermination, couronnement fallacieux de la gender theory. Par ces glissements successifs, la thèse américaine a établi une prééminence de l'esprit dictant sa loi au corps : une domination. Une prémisse incomplète entraîne à une théorie déviante.*

Que la vie psychique puisse surmonter une anomalie organique, cela ne valide pas leur indépendance : Kreisler le démontre en intégrant la donnée fondamentale : l'identité sexuée se forge par l'intervention d'un troisième terme : le lien filial, terme tiers qui scelle l'identité sexuée. Qu'un enfant par constat erroné ait été considéré comme un garçon au vu de ses organes génitaux externes, découvrant plus

9 Le livre *Sex and Gender- The development of masculinity and femininity (1968)*, présenté dans « *L'identité sexuelle* », *Psychiatrie de l'enfant*, XIII, 1970, n° 1

10 « Les intersexuels avec ambiguïté génitale », *Psychiatrie de l'Enfant*, XIII, 1970, pp 5-127 ; et aussi : « *l'enfant et l'adolescent de sexe ambigu ou l'envers du mythe* », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1973, 7, pp 117-133

tard qu'il a des chromosomes XX de fille, dès lors qu'il a été investi comme leur fils par ses parents, son développement psychique n'est pas entravé par la découverte ultérieure de l'ambiguïté anatomique : le lien filial, cette conviction mutuelle entre parents et enfant, prime. Là surgit la divergence entre les thèses des deux côtés de l'Atlantique, dont on va voir l'incidence dans le "phénomène transgenre".

Avant de la décrire, arrêtons-nous sur les soins préconisés par Kreisler en déduction de son étude ; il estime recommandable que la décision chirurgicale de correction de l'anomalie corporelle tienne compte comme facteur décisif du vécu filiatif qui a inscrit l'enfant comme leur fils ou leur fille pour ces parents. Cette recommandation avait été appliquée depuis (on va voir pourquoi elle ne l'est plus aujourd'hui), par-delà les progrès de la médecine et de la chirurgie qui ont surtout consisté en un diagnostic beaucoup plus précoce. Il a en outre été prouvé que l'évolution incertaine de certains enfants nés intersexuels dans l'édification de leur identité sexuée ne résultait pas de leur problématique anatomique, et qu'elle était de même source que celle rencontrée chez des enfants nés sains de corps à la naissance. L'ambiguïté anatomique peut aviver chez les parents une hésitation sur leur vœu d'avoir un fils ou une fille, mais elle ne la crée pas ; Kreisler note que le problème d'identité sexuée est alors « la conséquence, non pas d'une condition somatique double, mais de l'incertitude et des contradictions qui ont touché l'enfant autour de son sexe », contradictions que majore la situation anatomique ambiguë mais qu'elle n'a pas déclenchées : « ni la constitution somatique ni les forces biologiques endocriniennes ne suffisent à déterminer l'identité sexuelle ; il n'est pas question de contester le rôle des éléments d'ordre biologique mais il est clair qu'ils peuvent être submergés par l'ensemble des comportements et des attitudes conscientes et inconscientes déclenchées dès l'annonce du sexe puis à la vue des organes génitaux ». Agnès Faure-Oppenheimer résume : « l'enfant a la conviction d'appartenir au sexe qui lui a été assigné et dans lequel il a été élevé, même s'il ne correspond pas au sexe "scientifique" ¹¹ ».

Arrêtons-nous, avant de poursuivre, sur le débat récent suscité par une réclamation d'interdire toute intervention chirurgicale précoce chez les enfants nés "intersexes", dès le constat médical de l'anomalie organique, selon la requête qu'elle ne puisse être décidée que plus tard d'après l'option alors définie par l'intéressé. Cette revendication fait sentir l'influence du courant "trans" qui a obtenu un droit de définir son sexe et de transitionner, soit M → F soit F → M ; la même volonté d'une auto-détermination de son sexe s'est ainsi exprimée au sujet de l'ambiguïté corporelle. On peut entendre ce dont témoigne cette réclamation : rendre l'intéressé gestionnaire de la décision ; on peut noter qu'elle résulte d'un interventionnisme médicalisé qui fut au départ invasif dans la pratique outre-Atlantique, et surtout n'associant pas

11 *Le choix du sexe, PUF, 1980, p 6*

les parents, donc ignorant l'importance déterminante du lien filial. Ce mouvement contestataire récent critiqua l'empressement et réclama que les enfants puissent grandir dans un "sexe d'élevage" leur laissant faculté de se déterminer plus tard : qui mieux qu'eux pourrait dire la bonne décision ? – telle fut la requête.

Le Conseil d'État, saisi de la question, ne fit pas même mention dans son rapport final (2018) du travail pionnier de Léon Kreisler en langue française, ne mentionnant que les travaux américains. Il fut avisé que souscrire à la requête serait perturber à la racine la constitution du lien parent-enfant, que la culture française montre permettre de surmonter l'anomalie de naissance ; et surtout qu'il serait troublant pour des parents d'élever un enfant qu'ils ne pourraient investir ni comme leur fils ni comme leur fille, dans une posture d'attente préjudiciable à son évolution psychique, rendant illusoire qu'il puisse plus tard apporter une décision lucide sur sa situation¹² ; il accéda à la requête, édictant d'attendre que les enfants concernés puissent exprimer leur volonté.

Son avis ne fut cependant pas suivi dans la loi de bioéthique qu'il avait mission de préparer ; on pouvait s'en féliciter, dans l'intérêt des enfants concernés. Mais la Recommandation de Bonnes Pratiques (RCP) du 15 novembre 2022 usa d'une formulation tellement ambiguë qu'elle gela cet espoir : « la seule finalité de conformation des organes génitaux atypiques de l'enfant aux représentations du féminin et du masculin ne constitue pas une nécessité médicale, il convient d'attendre dans ce cas que le mineur soit apte à participer à la décision » ; corriger l'anomalie corporelle d'un tout-petit pour favoriser son inscription psychique dans sa vie familiale, cela n'est pas tenu pour une nécessité médicale. La RCP s'est soumise à l'approche américaine relayée par les militants ; les chirurgiens-pédiatres, désavoués par les autorités françaises qui n'ont pas même mentionné les travaux de langue française, ne recourent plus à l'intervention précoce¹³.

Le parti-pris américanisant de la haute juridiction française est flagrant, mais il est masqué par l'ambiguïté de rédaction : tenir une intervention chirurgicale précoce corrigeant une anomalie organique pour visant à conformer les organes génitaux à des "représentations du masculin et du féminin", c'est les tenir pour une ornementation de sexe et non pour les attributs qui le déterminent. Comment considérer l'embrouillamini des autorités publiques françaises valorisant des travaux américains controversés au détriment de ceux approfondis émanant de la culture française qu'ils se donnent le droit de méconnaître ? Comment considérer le camouflet infligé par les autorités juridiques du pays aux médecins, chirurgiens et pédopsychiatres

12 Ma tribune : « Pourquoi l'avis du Conseil d'État sur les enfants "ni garçon ni fille" nous inquiète », *Figavox*, 17/05/2019

13 Les éclaircissements juridiques m'ont été fournis par la juriste Aude Mirkovic, que je remercie.

français, alors que ceux-ci mesurent la gravité d'une décision médico-chirurgicale qu'ils prennent en concertation avec des parents qui ont le souci de permettre à leur enfant de grandir, malgré une anomalie organique dont il se trouve frappé ? Comment comprendre l'argument qui insidieusement met l'absence d'urgence vitale comme raison de surseoir à opérer, effective au plan somatique mais ne tenant pas compte de la nécessité psychique de ne pas différer ?

De l'élastique extensivité du gender....

Revenons au succès du mot *gender* ; on commence à comprendre les dégâts qu'il présage. Le terme a été initialement attribué au vécu psychique décalé du corporel, puisqu'il s'en trouvait dissocié dans l'ambiguïté génitale. L'erreur des auteurs américains est d'en conclure indépendants les deux termes plutôt qu'à leur correspondance : c'est omettre que le vécu psychique est scellé par un troisième : le lien filial psychique. Le lien filial conditionne l'identité sexuée, intégrant comme donnée fondatrice le constat corporel, donc l'anatomie. Cela créa une divergence entre la conception de Kreisler, imprégné de la psychologie française en laquelle il s'inscrit, et celle de Stoller qui favorise une dérive américaine du *gender*, le détachant de référer au corps sexué.

En soi, il n'y avait aucun problème à appeler *gender* un vécu psychologique et *sex* le corps sexué ; sauf que le mot *gender* subit une extension jusqu'à rompre toute connexion avec l'acception originelle. Sans l'attache corporelle par le lien filial, l'esprit et le corps deviennent étrangers l'un à l'autre. L'identité sexuée ne résulte plus de leur alliage scellé par le lien filial, elle est placée sous l'emprise de la psyché, du "ressenti". Le troisième terme de l'équation, le lien filiatif psychique scellant en cohérence le corps et le vécu sexué, est écarté de son rôle ; la distinction des deux termes (*gender* et *sex*) a débouché sur leur dissociation, annulant leur connexion fondatrice établissant la personnalité sexuée. L'être devient scindé en deux parties autonomes, son corps et son esprit ; la réflexion américaine écarte la notion d'appropriation du corps propre. Cela va faire le succès nord-américain du *gender*, érigé en maître de l'identité sexuée, orientant les aléas de celle-ci vers une compréhension et une seule : l'hypothèse organique du "mauvais corps", censurant toute approche psychologique.

En est déduite par la culture américaine la suprématie de l'esprit sur le corps ; l'argument pour la décréter est que la perception du corps sexué pourrait avoir été erronée : on voit l'incidence de l'ambiguïté génitale dans la réflexion sur le phénomène "trans". La "vérité" devient condensée dans le seul esprit, le "ressenti" devient le maître-critère de l'identité sexuée. La domination de l'esprit valide alors la notion d'"auto-détermination de genre", jugée nécessaire puisqu'il est censé contenir la vérité : la vérité subjective, incontestable comme telle et que personne ne met en

doute, est érigée en vérité objective de l'individu. L'esprit règne en maître en tant que *gender*, le sex devient une donnée secondaire, subalterne. Par un glissement verbal, l'approche américaine ignore ou écarte le processus nouant l'esprit et le corps : l'appropriation de ce qui devient son corps propre ("propriété") qui fait au corps sexué devenir la base de soi-même, et non un outil pour soi-même.

La culture américaine ne prend pas en compte le vécu filiatif qui scelle l'appropriation du corps sexué pour y fonder la base de soi-même ; cela résulte de raisons culturelles que nous détaillerons. Le règne du *gender* peut commencer ; il va dès lors trouver usage en tant que terme composé, qualifiant des données non pas psychologiques, que la méthode américaine méconnaît, mais sociales : on va parler de *gender role*, autrement dit saisir le "genre" dans une définition domestique et sociale des rapports de l'homme et de la femme, du père et de la mère : un aspect qui ne manque pas d'intérêt mais devient abordé d'un point de vue univoque ; on va parler de *gender identity*, évinçant le processus psychologique : elle devient auto-déclarative : voici qui je suis, ce que je suis. Le *gender*, à l'interface de l'individuel et du social, glisse vers un registre social puis, de là, politique : l'identité sexuée est saisie dans la polémique sociale des *gender norms*, elle devient le combat entre l'individu défini par lui-même, et sa présentation sociale : débat au cœur du phénomène transgenre entre l'organique fautif d'avoir "mis dans le mauvais corps" et le social oppressif de l'individu par "décret de genre".

Cet infléchissement répondait à une tentation de la société américaine ; il était déjà perceptible chez Stoller pour qui la notion de *gender* dispensait d'une référence au sexe anatomique, mettant « le genre contre le sexe, car sous la seule bannière du genre, il soustrait une grande partie de la problématique à toute conflictualité ¹⁴» psychologique. La divergence est devenue radicale entre Stoller et Kreisler : quand Stoller décrit que « le noyau de l'identité de genre est le produit, chez l'être normal, d'une combinaison, d'une part de facteurs biologiques cachés (jusqu'ici non mesurables) qui n'ont qu'un effet mesuré et aisément réversible, et d'autre part, d'attitudes et influences parentales plus puissantes, et qui elles peuvent être évaluées, opérant sur l'enfant ¹⁵», on pourrait à une lecture superficielle estimer que, mis à part l'usage du terme *genre*, sa description est superposable à celle de Kreisler. Or il n'en est rien ; les "influences parentales plus puissantes" ne sont pas régulées par le lien filial ; pointe la menace des "mauvais parents" qui sont, on le montrera, la hantise de la société américaine. Là réside la divergence entre les deux cultures, expliquant tout ce qui s'ensuit, notamment le phénomène transgenre à l'américaine. Faute de la régulation appropriée, ces "influences" sont livrées à elles-mêmes et deviennent

14 Agnès Faure-Oppenheimer, *Le choix du sexe*, op.cit., p 30

15 R.J. Stoller, « Faits et hypothèses. Un examen du concept freudien de bisexualité », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1973, n° 7, pp 135-155 (traduit par Claude Monod), p 148

le supposé relais d'une oppression sociale dont témoignerait l'ultime glissement de la notion : l'"assignation de genre". Cette conception du lien parent-enfant au sein de la famille est au cœur des représentations américaines, et le véritable succès du gender se décline comme adjectif qualificatif, en français sous le terme (assez incommode) de genré, avec pire encore la notion de mégenrage (un admirable "signifiant" lacanien : mais j'enrage... ; je m'explique plus loin sur "le signifiant").

... à l'« auto-détermination de genre »

Les "attitudes et influences parentales plus puissantes" deviennent suspectes d'une violence faite à l'enfant nouveau-né ; l'identité sexuée lui aurait été assignée à la naissance, au risque de ne pas être conforme à "son genre" ; voilà le "genre" essentialisé comme donnée du "ressenti". L'identité sexuée ne prend pas en compte le constat corporel par la sage-femme : celle-ci pourrait s'être trompée, l'erreur possible introduisant l'idée d'un arbitraire du constat, justifiant en réaction l'"auto-détermination de genre", seule parade à la possible violence que l'intéressé(e) aurait subie par l'imposition d'une contrariante décision de sexe. Il y a là un vice de raisonnement sur lequel repose la gender theory : elle tient une possible erreur, qui n'est pas intentionnelle, pour une décision possiblement arbitraire, qui l'est.

Dès lors les cultures divergent radicalement ; la française associe le corps et la psyché dans l'unification de la personnalité, scellée par le lien filial qui les agrège ; l'américaine les a dissociés puis place le corps sous la houlette de l'esprit, par méconnaissance du lien filial comme ciment d'unification.

La manière américaine d'aujourd'hui ignore le lien filial relationnel qui régule la vie familiale : d'où provient qu'elle réclame l'abstention de toute projection à l'égard de l'enfant ; par peur de l'erreur, elle ignore la transmission psychique entre parent et enfant, pleine de pièges sans doute mais nourriture indispensable à l'enfant pour grandir ; implicitement elle soupçonne les parents d'abus de pouvoir, d'abus d'"influences puissantes". D'où résulte qu'en cas d'aléa elle s'oriente vers la présomption et la recherche d'une cause naturelle ("le mauvais corps") plutôt qu'une donnée psychologique ("être mal dans sa peau" par défaut d'appropriation de son corps propre).

Telle devient l'approche américaine : polarisée sur une erreur possible du constat corporel, l'attribution du sexe est devenue "assignation", induisant l'idée d'un faux élargi à l'identité sexuée ; celle-ci devient nécessairement auto-définie pour être exacte, conforme à la vérité ressentie.

Ainsi la culture psychologique américaine ne prend pas en compte la transmission psychique établissant le lien filial depuis l'intériorité psychique des membres de la famille ; du coup n'est pas mis en place dans la famille le régulateur intrinsèque à la vie familiale. Du coup le lien filial donnant à l'enfant sa place de fils de ou de fille de auprès de ses parents ne peut gérer l'intériorisation, du masculin pour le garçon,

du féminin pour la fille, depuis l'identification propre à la relation du garçon à son père, de la fille à sa mère : le processus d'appropriation de son corps sexué, avec sa congruence et parfois son incongruence, n'est pas pensable dans cette approche culturelle. Or ce processus est la voie qui permet à l'enfant d'établir ce corps sexué comme fondement de l'évidence de lui-même, lui permettant d'affirmer "bien sûr que je suis un garçon/une fille" : le lien filial forgeant la conviction enfantine d'être leur fils/leur fille, scelle en l'enfant l'évidence de son identité sexuée en fonction de son corps sexué. D'où vient que la culture américaine ne sait que postuler une anomalie naturelle à réparer, et non un vécu psychologique à soulager, lorsqu'une tension se témoigne qui désaccorde la vie psychique du corps sexué. Nous allons le détailler.

La psychologie française sait qu'il peut y avoir des discordances entre les "projections parentales" et la réalité corporelle ; mais elle sait les aborder en tout respect de chacun des membres de la famille, pour permettre que ne s'y enferme pas le développement de l'enfant. Elle a étudié comment la vie de famille fait se croiser les influences, condition pour que l'enfant s'affirme lui-même, quitte à ce que les parents bousculent leurs propres attentes initiales issues d'une idéalisation émanant de leur propre passé : ces projections sont souvent les rêves que les parents eux-mêmes eussent aimé accomplir pour combler leurs propres parents ; elles sont un repère pour l'enfant, dont il fait un guide, quitte à s'en démarquer pour s'affirmer ; et s'il n'y parvient pas, il est possible de l'y aider, sans prétendre éradiquer des influences qui lui sont indispensables pour grandir.

Le mouvement politique contestant le sort réservé aux États-Unis aux minorités sexuelles s'est saisi de la notion de gender qui légitime l'autodéfinition de soi, "l'auto-détermination de genre". La gender theory devient la thèse justifiant l'affrontement légitime de l'individu par rapport à une violence sociétale ; elle devient l'arme contestant l'exclusion de l'homosexualité ; celle-ci fut effective mais concerne un combat social qui a sa légitimité dans la société américaine mais qui n'engage aucune donnée psychologique.

Par la gender theory, Judith Butler entend « parler en quelque sorte pour tous les autres quand elle parle d'exclusion basée sur une hétérosexualité normative : pour tous les exclus du genre ¹⁶», saupoudrant d'un semblant de psychologisme une formulation qu'Agnès Faure-Oppenheimer caractérise de « psychosocial ¹⁷», orientée vers le social. La notion convient aux attendus de la culture américaine et donne une touche psychologisante à une cause sociale. Le gender valide l'autonomisation de

16 Olivia Custer, « Se dire humain : violence et responsabilité », in *Sexualités, genres et mélancolie - S'entretenir avec Judith Butler*, sous la direction de Monique David-Ménard, Campagne première, 2009, p 37-61 (p 39). Voir les pages éclairantes que lui consacre Jean-François Braunstein, op.cit. p 74 sq.

17 Agnès Faure-Oppenheimer, *Le choix du sexe*, op.cit., p 6

la psyché par rapport au corps aboutissant à sa domination, le primat du "ressenti" sur un corps dès lors soumis aux attentes du maître-esprit, domination se justifiant d'une "assignation de genre", comme d'une assignation à résidence corporelle dont il faudrait délivrer l'esprit emprisonné. La notion initiée comme vécu psychologique a perdu sa pertinence en écho à l'ignorance américaine en matière psychologique qui est l'ignorance du lien filial ; elle a imputé une violence sociale à l'égard de l'individu, justifiant la reprise en main personnelle par l'auto-détermination de genre. La thèse plaide lutter contre une exclusion en fonction d'une normativité, l'une et l'autre effectives dans la vie sociale américaine : la **"théorie du genre" devient l'arme intellectuelle du combat social engagé contre la persécution dont les "minorités sexuelles" furent les victimes dans la vie américaine puritaine et normative. Si elle détient une vérité, c'est une vérité sociologique, et proprement américaine.**

Traduire *gender* en français

Du coup se pose la question de la traduction française du terme *gender* ; car dans la culture française, le psychologique existe pleinement, et cela va entraîner l'une de ces ambiguïtés découlant de la traduction : ambiguïté d'une notion déjà ambiguë par elle-même. Bien sûr, "genre" semble la traduction littérale de *gender*, donc la plus spontanée ; or c'est relayer une confusion. Le psychanalyste Jean Laplanche note que « les Allemands sont amenés, quand ils traduisent les textes anglais – et c'est important parce qu'il s'agit d'une véritable interprétation, à traduire *sex* anglais par "sexe biologique" et *gender* par "sexe social" ¹⁸ » : ils n'ont pas importé le terme de "genre". La pédopsychiatre et psychanalyste Colette Chiland, qui fit autorité en la matière, estima que « le terme *genre* a connu une telle inflation qu'il paraît utile de ne plus l'utiliser. Mieux vaut parler d'identité sexuée sur trois plans : biologique, psychologique et social ¹⁹ ».

D'autant que le mot *genre* a des acceptions précises en langue française ; Alain Supiot parle de l'inversion sémantique subie par le terme *genre* traduisant *gender* : « la notion de *genre* humain englobait les deux sexes, elle est devenue incompatible avec le crédo contemporain qui réduit le sexe à la pure biologie ; d'où le changement de sens de "genre" qui pour les *gender studies* désigne l'imposition arbitraire d'une condition sexuée, masculine ou féminine, à des individus libres de s'en affranchir. L'horizon ici tracé est celui d'un monde où, grâce aux progrès de la biologie et de

18 « Le genre, le sexe, le sexual », in *Sexual- la sexualité élargie au sens freudien*, PUF, coll. *Quadrige*, 2007, p 158. Cette remarque pertinente ne fait pas oublier que Laplanche s'est égaré à accrédi-ter dans ce texte la notion d'"assignation de genre".

19 Dans un document privé dont il va être question plus loin.

*la chirurgie, chacun aurait le droit de choisir son sexe et d'en changer*²⁰». Jean Laplanche s'est intéressé à une autre signification que la langue française confère au "genre", éclairante pour la psychologie mais comme *genres au pluriel : il décrit chez l'enfant une distinction des genres préalable à la différence des sexes, se référant à « Freud qui admet une sorte de reconnaissance "précastratrice" - ou "préoedipienne" - d'une différence ou plutôt d'une distinction, entre homme et femme, entre père et mère [...] une reconnaissance des genres précédant la différence des sexes [...]. Les deux genres (appelons-les ainsi, et pas encore "sexes") sont admis mais leur distinction ne passe pas par la différence sexuée ; cette distinction du masculin et du féminin, Freud soutient qu'elle ne vient qu'à la fin, au moment de la puberté*²¹». Par cette formulation, Laplanche décrit l'énigme en âge d'enfance ; donner sa signification à la notion de genre au pluriel, c'est souligner le point commun (genre, de genus, renvoie à génération qui est le terme ancien pour parler de la procréation, fruit de l'union du paternel et du maternel). La dualité des genres porte le pouvoir procréateur ; c'est depuis leur genre que l'enfant approche la différence des sexes des parents, sans en avoir compréhension : il y a papa ET maman, ils furent garçon ET fille et ils sont homme ET femme.

Il peut s'envisager d'intégrer un terme venu de l'étranger, à condition que cela n'importe pas aussi la confusion de la notion. Conserver la distinction américaine entre le gender de l'esprit et le sex du corps, c'est possible sans confusion en recourant à la recommandation de Colette Chiland considérant l'identité sexuée sur trois plans : biologique, psychologique et social ; l'intérêt de la proposition est que les termes conservent un radical commun qui exprime leur connexion.

L'engouement français pour la théorie américaine du gender fut saisissant, à de rares exceptions près²² ; cela pose question puisque les raisons sociologiques qui seules valident cette thèse sociale, ne valent pas en France. Quand Freud s'est intéressé à "l'inversion"²³ (terme de son époque pour désigner l'homosexualité), il ne se plaçait pas en sociologue mais en psychologue cherchant à comprendre ce qui anime les inclinations diverses de la vie sexuelle des êtres humains ; ses conclusions ne sont guère du goût des militants dont la thèse est d'être « nés comme ça », sous-entendu ne cherchons pas d'explication psychologique. Freud avait prévu ce désaccord : « autant par considération d'humanité, on souscrit volontiers aux revendications des homosexuels, autant on peut à bon droit se montrer réservé à l'égard de leurs théories qui ont été établies sans tenir compte de la genèse psychique de

20 *Homo juridicus, Le seuil, 2005, p 77*

21 *Problématiques II - Castration, symbolisation, PUF, 1980, pp 32-33 et 36*

22 Bérénice Levet, *La théorie du genre - ou le sexe rêvé des anges*, Grasset 2014

23 « Trois essais sur la théorie sexuelle », 1905, op.cit., PUF

l'homosexualité²⁴ ».

Le succès du gender résulte-t-il du glissement qui affirme "mon genre", et que je est seul en mesure d'indiquer ce qu'il en est véritablement de ma sexualité ? Du coup la "théorie du genre", « hier encore excentricité académique, est aujourd'hui matrice à partir de laquelle le système médiatique pense le masculin et le féminin et plus largement travaille à dissoudre les identités ²⁵ », envahissant « toutes les sphères de la vie sociale ²⁶ ».

Ch. 3 : L'IMPORTATION EN FRANCE DES CONCEPTIONS NORD-AMÉRICAINES

Nous avons décrit les divergences conceptuelles d'une rive à l'autre de l'Atlantique sur le phénomène "transgenre" ; il nous reste à traiter d'un sujet qui interroge : l'importation des conceptions nord-américaines dans la pratique française ; au fond le cœur du problème réside là.

L'enseignement de Colette Chiland

Le Pr Colette Chiland, familière des théories anglosaxonnes et des pratiques néerlandaises sur les "personnes transgenres" qu'elle a fait connaître en France, et auteur d'un ouvrage de référence sur le sujet²⁷ avait organisé un séminaire privé en son domicile du V^e arrondissement de Paris ; j'y avais participé, en même temps que deux de mes collègues, Jean Chambry et Agnès Condat, qui ont depuis créé des consultations dédiées "enfants et adolescents transgenres" dans l'optique de celle illustrée par la pédopsychiatre du documentaire Quotidien cité plus haut. Ce séminaire préparait une journée organisée par la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent qui fut l'occasion d'un long exposé de Colette Chiland le matin, et accessoirement de ma participation à une table-ronde l'après-midi.

Lors de notre réunion de septembre 2013, nous avons, à la demande de Colette, rédigé des contributions exposant nos réflexions et interrogations personnelles (je les ai toutes conservées) ; en cette occasion, Colette Chiland nous avait transmis son précieux glossaire de traduction de l'anglais au français, que j'ai partiellement cité plus haut, et dont je développe ici l'avis fondamental : « Aujourd'hui les anglophones parlent de gender identity et de sexual identity. Gender identity, c'est le

24 « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci », 1910, *OCP X, PUF ; et Gallimard 1987*

25 Matthieu Bock-Côté, *La révolution raciale et autres virus idéologiques*, Presses de la Cité, 2021, p. 178.

26 Interview d'Éric Marty, auteur de *Le sexe des modernes, pensée du neutre et théorie du genre*, Seuil 2021, dans *le Figaro*, 10 juillet 2021

27 *Changer de sexe - illusion et réalité*, Odile Jacob, 2011

fait de se sentir male or female (en français, mâle et femelle paraissent appropriés pour le bétail, mais non pour les humains). On pourrait traduire identité de genre ; mais le terme de genre a en français de multiples connotations qu'il n'a pas en anglais, et il ne se prête pas aux mêmes mots composés qu'en anglais. De plus, le terme genre a connu une telle inflation qu'il paraît utile de ne plus l'utiliser. Mieux vaut parler d'identité sexuée sur trois plans : biologique, psychologique et social ». Cet avis fondamental²⁸ fut sans cesse réitéré par Colette qui insistait : « Je pense qu'il faut purement et simplement cesser d'utiliser le mot genre au sens identitaire malgré les Gender's Studies et tutti quanti ». Cet avis me semble avoir été oublié ou disons occulté par mes collègues ; je cherche à comprendre comment de ce même enseignement que nous avons suivi avec assiduité et passion, nous tirons des perspectives divergentes.

3-1 L'IMPORTATION DES CONCEPTIONS PÉDOPSYCHIATRIQUES NORD-AMÉRICAINES

Des pédopsychiatres français sous influence américaine

On l'a vu : notre collègue de l'hôpital Robert Debré (Paris) n'emprunte pas la voie psychoaffective du phénomène "transgenre", elle l'explore dans l'optique américaine. Sa réponse à la maman qui l'interroge sur ce qui se passe pour son enfant : « on ne sait pas, on fait des recherches », traduit, derrière les apparences d'humilité du chercheur, l'axe unique de recherche : celui d'une cause organique, délaissant la piste de la vie imaginaire. Son option de recherche n'est pas en soi critiquable, encore importerait-il qu'elle soit posée clairement, ce qui n'est pas le cas. Le débat qui doit maintenant nous occuper, c'est : pourquoi l'importation en France des conceptions américaines ? En quoi est-elle justifiée ? En quoi est-elle problématique ?

Notre collègue Jean Chambry a prétendu que les psys qui contestent le recours à la méthode médico-chirurgicale chez les mineurs se prononceraient depuis une absence d'expérience, les caractérisant de « personnes aussi fermées sur des patients qu'elles ne suivent pas ²⁹ » ; le propos n'est pas très confraternel et omet que je travaille sur ces sujets depuis au moins autant de temps que lui.

Au séminaire privé de Colette Chiland participait aussi Agnès Condat, qui a présenté avec David Cohen leur activité développée dans le service de la Salpêtrière, et plus généralement « la prise en charge des enfants, adolescents et adolescentes transgenres en France »³⁰ ; c'est l'occasion de poursuivre avec eux un échange que

28 J'ai souligné une phrase entière dans la citation.

29 Interview de Jean Chambry au site *Médiapart*, 4 avril 2022

30 « La prise en charge des enfants, adolescents et adolescentes transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques », (« La prise en charge des enfants et adolescents

j'avais engagé verbalement lorsque j'étais encore en activité dans ce service, ce service de la Salpêtrière qui m'avait jadis fait découvrir la pédopsychiatrie comme interne de Hôpitaux de Paris en 1973 (Didier-Jacques Duché alors chef de service), où j'avais ensuite profité d'une formation de psychothérapeute d'enfants et adolescents auprès d'Annie Anzieu et de psychodramatiste auprès de Simone Daymas, cependant que je poursuivais mon cursus de formation de psychanalyste à l'Association Psychanalytique de France ; avant d'en devenir le responsable du Département de Psychanalyse sous la chefferie de Michel Basquin, pratique qui s'enrichissait alors d'une activité de pédopsychiatre en Seine Saint-Denis. Par la suite, David Cohen ayant endossé la chefferie, j'ai suscité des échanges lors de staffs ainsi que dans le cadre du séminaire organisé par Agnès Condat et François Ansermet auquel je m'étais astreint à participer ; ma tentative ne débouchant pas sur le dialogue fécond que j'espérais, je poursuis la discussion par écrit.

La manière américaine, Agnès Condat et David Cohen y souscrivent, concluant le résumé de leur article par : « les recherches doivent se poursuivre », phrase habituelle des travaux américains pour faire avaliser qu'ils n'ont aucun résultat tangible à proposer du fait de leur erreur d'aiguillage initial. Engager un programme de soins visant à réparer une supposée erreur organique, même en plaidant un pragmatisme prudent, c'est écarter l'approche depuis la vie imaginaire. Cette orientation de mes collègues interroge ; comment la justifient-ils ?

Il suscite ce constat : Jean Chambry, Agnès Condat et David Cohen font d'excellents pédopsychiatres américanisés. Le flou théorique dans l'écrit par ailleurs très clair des deux derniers le confirme, non sans que j'en éprouve de l'étonnement car, affaire transgenre mise à part, je maintiens une vraie estime pour bien des aspects de la pratique dans ce service prestigieux de la Salpêtrière qui constitua un fil rouge dans mon parcours de pédopsychiatre.

Déjà leur présentation du contexte historique" ayant mené à la clinique "transgenre" actuelle, le fait pressentir : ils énumèrent les travaux américains et néerlandais sans citer l'étude française pionnière et princeps sur l'ambiguïté génitale menée en France par Léon Kreisler ; comme je lui avais fait remarquer cette omission lors d'une présentation qu'elle avait faite lors d'un staff, Agnès Condat m'avait répondu que ces travaux étaient "dépassés" : pour qui n'a d'yeux qu'éblouis par les études américaines, sans nul doute.

Le prouve la présentation qu'Agnès Condat et David Cohen font du documen-

transgenres : données de la littérature internationale révisée par les pairs et recommandations internationales, fantasmes, pratiques actuelles et enjeux éthiques réels » <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.10.003>

taire "Petite fille" évoqué plus haut ; ils disent : « la mère [de ce garçon de 8 ans qui a toutes les apparences d'une fillette] se sent coupable d'avoir désiré une fille, elle se demande si cela n'a pas exercé une influence, elle se demande si elle a bien fait de laisser son enfant explorer le genre féminin. La pédopsychiatre lui dit qu'elle a fait au mieux en fonction de ce qu'elle sentait être le mieux pour son enfant et que le désir d'un sexe pour l'enfant à venir n'a pas d'influence sur l'identité de genre ». Ils ne perçoivent pas que notre collègue de Robert Debré omet, ou néglige, ou méconnaît la question essentielle, et qu'elle s'en détourne ; ils ne le perçoivent pas parce qu'ils font de même. Or le désir d'un sexe pour l'enfant à venir a une influence bien probable sur "l'identité de genre" ; d'ailleurs la mère le dit à notre collègue, elle lui tend la perche pour évoquer une difficulté sûrement sensible pour elle : sa difficulté à renoncer à avoir eu un garçon et non une fille. Notre collègue n'entend pas, sans doute ne sachant pas entendre cette interpellation : il est vrai que la mère s'exprime sur un mode interrogatif, celui d'une dénégation³¹ (est-ce que cela ne jouerait pas ? - façon indirecte de demander : est-ce que cela a joué ?) ; c'est une retenue qui lui est nécessaire pour aborder une question certainement douloureuse et enfouie en elle, et qui la hante. C'est au pédopsychiatre à faire fructifier cette avancée prudente de la maman, qui doit la renvoyer à quelque deuil difficile dans son passé, ou bien à une relation conflictuelle avec son propre père, tout ceci est à préciser en l'amenant avec le tact nécessaire à se confier sur ce qui lui reste sur le cœur.

Or notre collègue pédopsychiatre ne choisit pas cette voie, peut-être ne possédant pas la "formation personnelle" (en clair, un parcours personnel de psychanalyse puis une formation dans une école de psychanalyse) qui permet de l'entendre d'abord, de l'explorer ensuite pour dénouer la souffrance propre à la maman dans la relation à son enfant ; elle se contente du coup de paroles rassurantes, ce qui atténue un peu la culpabilité de la maman mais entrave tout approfondissement sur ce qui se passe pour l'enfant. Mes collègues de la Salpêtrière n'en disent pas plus, ce qui veut dire qu'ils ne perçoivent pas la question et cautionnent la façon dont notre collègue de Robert Debré se détourne d'une donnée essentielle, faute de savoir l'accueillir d'abord, l'explorer ensuite.

Soulager la culpabilité des parents, cela s'impose ; mais le faire de manière fac-

31 La dénégation (*Verneinung*) a été étudiée par Freud comme une façon de faire venir une représentation tout en s'en protégeant (1925, OCP XVII) ; l'adolescence en fait grand usage dans son exploration de la question sexuelle et de la mort (la prise de risque) ; l'âge adulte y recourt sur des sujets sensibles ou dans les rêves ; Freud donne l'exemple d'un rêve dont sa patiente dit ce n'est pas ma mère, ce qui dans la cure psychanalytique peut être interprété comme convoquant la représentation de la mère, mais floutée par la dénégation. Freud a ainsi décrit les deux processus psychiques, *Verleugnung* (voir note 25) et *Verneinung*, dont j'ai montré dans mes travaux qu'ils protègent l'enfance pour le premier, l'adolescence pour le second, de la perception des enjeux du sexuel et de la perspective de la mort.

tice, en balayant l'interrogation ("cela n'a rien à voir"), c'est priver l'entretien de sa fécondité. Les parents qui amènent leur enfant en consultation sont toujours submergés de culpabilité, ils ont toujours l'impression d'avoir mal fait ; il faut leur permettre de surmonter cette inquiétude pour pouvoir approfondir quelle a été cette "influence" sur la vie psychique de leur enfant et comment elle s'est inscrite pour celui-ci, influence inéluctable et nécessaire, au principe même de la transmission entre générations. La vie psychique de l'enfant se nourrit de ces influences, même s'il lui faut ensuite faire la part de ce dont il fait le terreau pour grandir ; elle naît de la transmission d'attentes pour une bonne part inconscientes de ses parents, sans lesquelles l'enfant dépérit : cela vaut pour tous les enfants. Chaque parent fait "avec soi" pour s'occuper de ses enfants, avec son bagage propre hérité de son passé, de ses déceptions et de ses réussites d'enfance ; c'est essentiel, c'est l'essentiel, car c'est ce qui motive l'enfant : faire du bien à ce qui est demeuré souffrant chez son parent, chez ses parents ; l'enfant y cherche sa raison d'être, sa raison d'être au monde. Le professionnel doit veiller à ce que la culpabilité soit surmontée : les parents se sentent coupables mais ils ne le sont pas.

La participation des usagers au protocole des soins

Le recrutement de la consultation d'Agnès Condat et David Cohen s'est initié de liens noués avec une association³² qui plaide l'approche "trans-affirmative, accréditant l'approche américaine de la "transition" corporelle ; elle avait été invitée à se présenter lors d'un staff auquel j'avais assisté. Cela n'induit-il pas une orientation de départ vers la "transition médico-chirurgicale" ? Est-il dès lors possible aux pédopsychiatres de jouer un rôle autre que celui de caution médico-psychiatrique à une démarche tracée d'avance, voire de simple exécutant de cette démarche ? Leur consultation dédiée ne crée-t-elle pas dès lors un appel d'air pour les jeunes fascinés par l'aide médico-chirurgicale dont ils ne mesurent pas les enjeux, suscitant ce mouvement de trans-identification par contamination sur lequel alertent Céline Masson et Caroline Eliacheff³³ ?

Mes collègues présentent une Commission pluridisciplinaire étudiant les dossiers comme un gage pondérant les décisions prises ; mais outre que des repré-

32 L'association OUTtrans

33 *La fabrique de l'enfant transgenre*, op.cit. Mes collègues de la Salpêtrière peuvent-ils méconnaître que la Tavistok Clinic a ignoré que 97,5% des enfants souhaitant changer de sexe étaient atteints d'autisme, de dépression ou d'autres problèmes psys, et que leur requête pourrait être cri provocateur pour se garantir que leur détresse soit entendue et soulagée. Source : la journaliste de la BBC Hannah Barnes citée sur le site de l'association *La Petite Sirène*. *Qu'en pensent-ils ?*

sentants de ladite association semblent y être présents, surtout comment une telle Commission, aussi sérieuse soit-elle, pourrait-elle infléchir une orientation de soins dictée d'avance ? Ce n'est pas sa fonction ; faut-il rappeler que la présence de représentants de la société civile dans de telles commissions est prévue non pour influencer sur les décisions médicales, mais pour garantir l'éthique et l'équité des soins.

Mes collègues se réclament de "pragmatisme", donc d'une action appréciée sur les résultats qu'elle a fournis ; mais se lancer dans l'action sans une compréhension préalable, n'est-ce pas aventureux ? Le "diagnostic" est envisagé comme base des soins décidés ; mais qu'est-ce qu'un diagnostic sans une compréhension qui le sous-tende ? N'est-il pas alors qu'une étiquette, le jeune qui se dit dans le mauvais corps étant dysphorique de genre, et la dysphorie de genre étant le fait d'un jeune qui se dit dans le mauvais corps, bref un processus balançant entre aporie et contradiction ? N'est-ce pas traiter la fièvre sans savoir au préalable l'affection qui l'a causée ?

Mes collègues recueillent ce que l'on appelle en psychanalyse le "discours manifeste" ; mais ils omettent d'approfondir le "discours latent" qui l'anime et le motive, et qui ouvre à la vie imaginaire : le "discours latent" conduit à la véritable source de la souffrance endurée, la véritable explication. Leur choix s'écarte de la psychanalyse ; c'est leur droit, mais il leur faudrait clarifier ce qu'ils mettent à la place en termes d'explication. Émettre un diagnostic psychiatrique, qu'il soit "dysphorie de genre" ou "incongruence de genre", cela recouvre d'un vernis de savoir psychiatrique la piste unique d'un problème corporel qui serait à corriger dans la réalité, donc cela engage les patients vers la "transition" vers l'autre sexe qu'ils ressentent comme la voie express d'un soulagement sans pouvoir juger des suites ; un diagnostic qui n'est que le recueil de manifestations, sans compréhension de ce qui les suscite, n'est qu'un étiquetage et non pas un savoir.

Ce faisant, ne risquent-ils pas de précipiter les jeunes dans le leurre d'un soulagement rapide mais factice ? N'omettent-ils pas que les jeunes, dans l'impatience propre à leur âge, utilisent les messages d'alerte qu'ils savent propices à mobiliser les adultes sur leur souffrance ? N'est-ce pas négliger que les jeunes ne peuvent soupeser le caractère utopique d'une démarche qu'ils appellent en soulagement d'un malaise et d'un désarroi tout à fait réels ?

Une pédopsychiatrie française américanisée

Agnès Condat et David Cohen disent inscrire leur pratique dans une tradition française et la rattacher à la psychanalyse ; quand même pas à la psychanalyse freudienne, cela serait difficile à soutenir. Peut-être font-ils partie de ceux qui estiment que Freud "c'est dépassé" (tout comme Kreisler !) et qui prétendent faire évoluer la psychanalyse (qui d'elle-même ne cesse de le faire) jusqu'à renoncer aux fondamentaux de sa découverte, tel le complexe d'Œdipe ? C'est à une psychana-

lyse d'inspiration « post-lacanienne » qu'ils disent se référer³⁴ ; je les cite : « Lacan [...] a amené dans un cadre binaire à une désessentialisation du genre : énoncer être homme ou être femme était pour lui consentir à se faire représenter en tant que sujet par le signifiant "homme" ou par le signifiant "femme" [...] ce qui corrobore une

34 Pour comprendre la dérive "post-lacanienne" à laquelle mes collègues disent se référer, il faut revenir sur un point épineux des débats psychanalytiques français dans la seconde moitié du XX^e siècle ; brosons un rapide historique. Après la fondation, relativement tardive par rapport à d'autres capitales européennes, d'une Société Psychanalytique à Paris, dans l'entre-deux-guerres, s'est développé un courant contestant la présentation qu'elle diffusait de la découverte freudienne, animé par Jacques Lacan qui fonda une école dissidente. Il reprenait à la linguistique de Ferdinand de Saussure la notion d'un signifiant se distinguant du signifié, en l'appliquant à la théorie de Freud ; c'était pour souligner que la parole d'un patient sur le divan recèle un pouvoir tout à la fois d'évocation (*donc plongeant dans les souvenirs et au-delà vers l'inconscient*) et d'invocation (*donc de transfert, qui est la découverte freudienne d'une adresse faite au psychanalyste, menant sur les voies d'une interprétation*). Lacan fit de la mise en exergue de ces mots (*leur épingleage, dans le jargon*) le cœur de la pratique psychanalytique et les appela des "signifiants", parce qu'ils en convoquent d'autres ; une difficulté résidant de ce qu'il déploie sa théorie en un style obscur qui est un peu à la psychanalyse ce que celui de Stéphane Mallarmé est à la poésie, offrant le risque d'interprétations variées et du coup de dérives.

C'est ce risque que tôt perçurent les "disciples" qui avaient suivi Lacan dans l'école qu'il avait fondée ; ils redoutèrent que la notion ne vire à une pratique purement verbale, une psychanalyse tournant au "jeu de mots" (François George : *L'effet 'yau de poêle de Lacan et des lacaniens*, 1979, PUF), à une parole déconnectée de la référence au réel notamment corporel, et que cela fasse perdre la substance novatrice de l'apport de Lacan à la psychanalyse. Certains, tel Guy Rosolato, conservèrent l'usage du "signifiant" comme illustrant l'effet de la métaphore et de la métonymie dans la "structure" du langage humain, à condition de les nouer aux affects primaires à la lisière du corporel (Rosolato les appelle des « signifiants de démarcation », ainsi : présence/absence, plaisir/douleur ; voir *Éléments de l'interprétation*, Gallimard, Connaissance de l'inconscient, 1985, chapitre 1). D'autres, tel Jean-Paul Valabrega, délaissèrent la notion, estimant que « quels que soient l'intérêt et l'importance à accorder aux mécanismes *combinatoires* opérant sur des *signifiants*, la spécificité de la recherche anthropo-psychanalytique est de n'en expulser ni la signification, ni le sens » (*Phantasme, mythe, corps et sens – une théorie psychanalytique de la connaissance*, op.cit., p 13) ; d'où sa vaste fresque théorique nouant la tradition philosophique et l'apport psychanalytique, où s'articulent la vie psychique et le corps. Chez ces deux auteurs, la dynamique de liaison de la psyché au corps demeure l'axe central de la réflexion (donc à l'opposé de l'approche américaine qui les a dissociés). Les œuvres de Guy Rosolato et de Jean-Paul Valabrega sont deux fleurons de la psychanalyse française de la seconde moitié du XX^e siècle ; une troisième œuvre qui mérite ce titre sera évoquée plus loin.

conception du genre ne pouvant se réduire ni à l'anatomie ni à l'acte de naissance ».

Or comment désessentialiser "homme" ou "femme", puisque leur signification est symbolique par essence : "être homme", c'est "n'être pas femme" ? Qu'eût pensé Lacan d'une telle désymbolisation, lui dont l'apport salué à la réflexion psychanalytique est d'avoir introduit la notion de symbolique en tant qu'infrastructure de la parole humaine travaillée par l'inconscient³⁵ ? Même drapés du statut de signifiants, les mots "homme" et "femme" signifient depuis une opposition symbolique précisément signifiante. La thèse des auteurs évoque plutôt l'entreprise de "déconstruction du réel" de la "French theory" qui engagea une "post-modernité" relativisant toute Vérité au nom d'une "post-Vérité"³⁶, le tout supposé d'avant-garde ; sans compter l'impasse qu'elle opère sur l'appropriation du masculin et du féminin dans l'édification de l'identité sexuée, bref sur l'héritage de la culture française.

L'étirement de sens qu'ils infligent au "signifiant" jusqu'à lui faire décréter libérateur que "homme" soit indifférent à la condition anatomique sexuée, n'est pas sans résonner comme celui que l'argumentation américaine a fait subir au gender : il serait « performatif - c'est-à-dire qu'il constitue l'identité qu'il est censé être³⁷ », avec le pouvoir d'essentialiser puisqu'il « s'est révélé performatif », pour citer exactement Judith Butler en qui a jailli cette "révélation". Butler applique la performativité reprise à John Searle, à la situation des drag queens qui prouveraient qu'au-delà des différences biologiques naturelles, l'identité du genre (femme ou homme) serait une construction sociale qui se fait par performativité. Or les drag queens ne jouent pas une partition sociale ni à être d'un sexe qui n'est pas le leur biologiquement ; elles cherchent une adéquation entre l'apparence et leur vécu intime masculin ou féminin, tourment psychologique auquel on peut être sensible sans le résumer à une construction sociale. Eugénie Bastié retoque Judith Butler : « le Trans, devenu la figure tutélaire de la nouvelle révolution du genre, comme l'ouvrier l'était à la révolution marxiste, n'est que l'aboutissement ultime de l'individu. C'est tout le sens de

35 Non pas seulement "*la symbolique*" qui n'est qu'un aspect de l'œuvre du symbole, en quelque sorte ce qu'est la majuscule à l'écriture

36 Concept proposé par Ralph Keyes, *l'Ère de la Post-Vérité – Tromperie et malhonnêteté dans le monde contemporain*, Presse Saint-Martin pour la traduction française, 2004

37 Judith Butler, *Trouble dans le genre - le féminisme et la subversion de l'identité*, (1990), *La découverte*, 2006 pour la traduction française, p 36. La performativité caractérise la parole divine : « Ainsi en est-il de ma parole qui sort de ma bouche : elle ne retourne point à moi sans effet, sans avoir exécuté ma volonté et accompli mes desseins », Isaïe, 55-11. Est-ce cette inspiration céleste qui a fait le succès de la thèse de Butler, séduisant la société américaine - à moins que ce soit l'obscurité touffue de son mode d'expression ?

la "performativité du genre" inventée par Judith Butler ³⁸».

La thèse butlérienne colle à l'individualisme américain qui tient toute altérité comme oppressive : la vie psychique de l'enfant émergerait d'une "assignation". Cela aboutit à l'identification définie non plus comme l'identification psychique, au père et à la mère, mais comme identification sociale selon un groupe sociologique faisant "s'identifier comme" selon telle ou telle catégorie, genderfluid, etc. La thèse américaine gère la bascule, d'un psychologique qu'elle récuse jusqu'à l'apothéose d'un narcissisme ("je suis ce que je dis que je suis, moi seul peut le dire") et d'un solipsisme, dérive ultime de l'individualisme³⁹.

Au final, Agnès Condat et David Cohen vernissent leur protocole américanisant d'une « tradition française » : élégant habillage masquant leur option basée sur le préjugé théorique américain et par voie de conséquence sur ses méthodes ; ils ignorent les travaux français qu'ils ne citent même pas, ils délaissent la culture psychologique française. Leur démarche balance entre dévoiement et reniement de la culture française ; elle américanise dans les faits, entérinant une réalité à corriger de "mauvais corps" et une "auto-détermination" des enfants et des adolescents, comme si respecter ceux-ci étaient de prendre leur perception pour la réalité, notwithstanding l'incapacité à leur âge de saisir les enjeux de la différence sexuelle.

3-2 QUELLE APPROCHE CLINIQUE DE LA SOUFFRANCE "TRANSGENRE" ?

La psychologie française tient les variations dans l'appropriation de son sexe pour autant de degrés d'une même démarche psychoaffective. Pour les uns s'est établi une concordance entre corps et vécu sexué, pour d'autres c'est une discordance : il faut alors soulager l'enfant ou le jeune du désarroi qu'il endure. La problématique traduit un intense désarroi qui doit être pris très au sérieux ; cela n'appelle pas de prendre au pied de la lettre l'explication censée en rendre compte, souvent copié-collé de celle émanant des réseaux sociaux : "être dans le mauvais corps".

Je rends compte ici de la façon dont je tente d'aborder la question qui m'est confiée par des patients, seuls ou avec leurs parents lorsqu'il s'agit de jeunes, avec l'humilité qui sied à cette entreprise délicate de soulager d'un mal-être authentique, et la conviction qu'il faut s'y employer depuis toutes les possibilités et l'ardeur qui conviennent.

38 Eugénie Bastié, *Sauver la différence des sexes*, Gallimard, Tracts, 2023. *Oui, inventée est le terme juste.*

39 *Solipsisme*, « constitué par la racine sol qui veut dire seul et par la racine ipse qui veut dire soi-même, désigne la pensée qui ne correspond à rien sinon à elle-même, - ce qu'Olivier Rey appelle la folle solitude (Une folle solitude – le fantasme de l'homme auto-construit) » Bertrand Vergely, *Transhumanisme – La grande illusion*, Éd. Le passeur, 2019, p 340

En âge adulte (bien au-delà de la vingtaine de toute façon ; la notion juridique de majorité légale n'a aucune pertinence dans le champ psychologique), je n'émet aucun avis sur la requête d'aide médico-chirurgicale. Je tiens la situation pour avoir été débattue en France, et je m'en remets aux conclusions alors formulées.

En âge d'enfance et d'adolescence, la difficulté clinique principale est de surmonter le verrouillage des jeunes dans le discours convenu du "mauvais corps" ; c'est pourquoi je propose alors quelques entretiens familiaux préliminaires, donc les parents avec l'enfant ou l'adolescent ou adolescente, avec une visée précise annoncée au préalable : je demande au jeune ce qu'il sait de l'enfance et de l'adolescence de ses parents (une pratique que je ne réserve d'ailleurs pas à cette problématique). Mon but est double : faire entendre aux parents souvent désemparés qu'ils ne sont pas mis en accusation (ce qu'ils ressentent souvent si c'est le psy qui les interroge sur leur passé ; là c'est leur jeune qui l'explore) ; mais surtout faire entendre au jeune qu'il n'est pas seul, que je ne suis pas "du côté des parents" : je suis un intermédiaire dans l'échange, un médiateur si l'on veut, ni d'un côté ni de l'autre, sans avis directif, dans le but non pas d'une décision à prendre mais d'une réflexion à ouvrir. La vivacité de ton provocante de bien des jeunes d'aujourd'hui n'est que le paravent d'un sentiment de solitude, solitude personnelle et solitude de classe d'âge, "les jeunes" se sentant incompris par "les anciens" et s'entretenant comme tels ; il s'agit de faire entendre que chacun et chacune à sa manière s'est cherché dans la question sexuelle en âge d'enfance et d'adolescence, que nous ne prenons pas les choses du haut de notre "statut d'adulte", que nous pouvons être à l'écoute du jeune et nous identifier à lui, à elle. Il s'agit de "déverrouiller" l'échange souvent crispé au départ (les parents ont souvent dû insister pour que leur adolescent participe à la consultation, souvent il n'a accepté qu'en affirmant "qu'il ne dirait rien") ; l'important est d'ouvrir au désarroi sans le nommer comme tel, et que personne ne se sente visé.

Mon but est de pouvoir faire entendre au jeune ceci : "d'après ce que j'ai entendu de ce sur quoi nous avons échangé, j'ai l'impression que tu te serais senti plus à l'aise d'être leur fille plutôt que leur fils (à l'adolescent), que vous vous seriez sentie plus à l'aise d'être leur fils plutôt que leur fille (à l'adolescente)" ; bref ramener dans le registre *subjectif* ce qui était présenté comme une donnée *objective* (le mauvais corps). Si j'y suis parvenu, je pense avoir contribué à faire entendre le profond malaise du jeune et à permettre à ses parents de l'accueillir, sans céder sur la réalité corporelle à laquelle il faudrait s'attaquer pour le résoudre. Cela peut advenir dès la première consultation, plus souvent en justifier plusieurs. Elles ont souvent permis de glaner ces éléments d'identification croisée qui sont au cœur d'une réflexion à poursuivre.

Il s'agit donc d'un temps d'ouverture, pour que ne s'enclenche pas hâtivement la démarche vers les consultations dédiées qui entraînent vers la transition médi-

co-chirurgicale⁴⁰. Il faut entendre la parole des jeunes comme un mode d'interpellation des adultes : ils usent des mots dont ils savent qu'ils vont déclencher l'attention qui est la visée de leur interpellation. S'il est possible d'arracher les jeunes au discours stéréotypé du « mauvais corps », une étape significative est franchie ; la suite relève du travail habituel en pédopsychiatrie.

Il faut toutefois souligner la complication introduite dans ce travail par les lois ; ainsi une loi votée le 31 janvier 2022, dite loi sur les « thérapies de conversion », interdit « les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne » ; loi ambiguë, peut-être marquée du souvenir accablant de la « castration chimique » infligée par les sociétés anglo-saxonnes pour réprimer la libido homosexuelle (ainsi celle que subit Alan Turing en mesure lui évitant la prison). L'ambiguïté de rédaction, pointée par Caroline Éliacheff et Céline Masson, réside dans « un amalgame volontaire entre les thérapies de conversion (thérapies coercitives homophobes pratiquées dans le but de changer l'orientation sexuelle) [...] et les psychothérapies qui par prudence permettraient de retarder la médicalisation des mineurs, afin d'interroger son symptôme et de comprendre ses difficultés sans faire obstacle à son projet de transition ni s'y opposer ⁴¹» ; elle est confirmée par Aude Mirkovic soulignant qu'à la suite de cette loi « il devient risqué de recueillir les confidences d'une personne, surtout d'un jeune, de recevoir ses interrogations et ses doutes liés à son identité sexuée si les paroles prononcées, si les conseils donnés peuvent ensuite être considérés comme visant à modifier ou réprimer son identité de genre ⁴²» ce qui peut concerner les professionnels et même les parents. Il semble que le risque soit minoré depuis une clarification judiciaire dans le non-lieu prononcé en suite à une plainte de la DILCRAH contre l'association La Petite Sirène (janvier 2023) ; espérons.

Reste qu'une loi interdisant le recours aux pratiques médico-chirurgicales en âge d'enfance et d'adolescence s'impose pour approcher le désarroi de bien des jeunes dont témoigne leur vœu de « changer de sexe » ; cela respecterait l'immaturation propre à leur âge : cette loi serait une loi de protection à leur égard. La culture américaine, par méconnaissance des enjeux du développement psychique, estime respecter l'enfant en le traitant comme un petit adulte, doté des mêmes droits que les grands adultes, ce qui la conduit à la croyance en un « changement de sexe » salvateur ; cela ne devra pas être entériné en France.

40 Je ne fais pas dans cet essai la description des méthodes médicales et chirurgicales de « transition de genre » ; on peut se référer au document édité par l'association Ypomoni : https://ypomoni.org/wp-content/uploads/2023/02/Guide_Ypomoni.pdf

41 La fabrique de l'enfant-transgenre, op.cit., p 56

42 Aude Mirkovic et Claire de Gatellier, *Questions de genre chez les enfants et les adolescents*, Artège, 2022, p 144

POUR CONCLURE : QUELLE RÉPONSE AU "PHÉNOMÈNE TRANSGENRE" "Dégenrer", désaméricaniser

L'importation en France du droit anglosaxon et des manières américaines a dé-culturé la société française ; les conséquences en sont perceptibles, l'une des illustrations étant le "phénomène transgenre". D'où l'importance de discuter : que penser de l'importation de la notion américaine du "genre" qui mène à l'"autodétermination de son sexe par l'enfant" ? Que penser de la "transition médico-chirurgicale" chez l'enfant et l'adolescent, méthode d'inspiration américaine ? Que penser des décisions de "filiation transgenre" ? Faut-il s'appuyer pour comprendre le "phénomène transgenre" sur la *gender theory*, ou sur la *théorie psychologique de la sexuation* ?

Nous avons esquissé des réponses à plusieurs niveaux : individuel - l'aide à apporter aux personnes qui se sentant être de l'autre sexe ; culturel - l'américanisation de la culture française ; philosophique enfin - qu'est-ce qui découle de l'approche transgenre dans la réflexion sur l'humain ?

Il s'agit de "dégenrer" et de désaméricaniser.

"Dégenrer"

La notion d'"auto-détermination de genre" ne saurait s'appliquer à l'enfant et l'adolescent ; leur maturité en édification ne leur permet pas de mettre en perspective de leur vie future ce que serait une transformation corporelle, donc de la décider : elle miroite à leurs yeux de feux qui les aveuglent et qui les leurrent.

Il faut entendre le message du jeune qui émane d'un vif mal-être : c'est une interpellation. Ressentir une discordance avec son corps propre est une épreuve psychoaffective sérieuse, qu'il faut mettre en réflexion avec la participation des parents, associés comme partenaires légitimes de la réflexion ; personne n'est désigné coupable de ce qui se passe, seule comptant la souffrance témoignée et la démarche pour en soulager.

La méthode médico-chirurgicale doit à cet âge être prohibée pour protéger les jeunes d'eux-mêmes, de leurs enthousiasmes avivés par le malaise, de leur engouements travaillés par l'impatience ; une propagande leur laissant accroire qu'un soulagement radieux s'offrirait à eux par le progrès médical ne saurait être relayée par les pouvoirs publics : consacrer l'"autodétermination" des jeunes, c'est délaisser notre responsabilité d'adultes à leur égard et les laisser s'illusionner dans une "de-

mande de transition⁴³. Comprendre les jeunes, être attentionné à leur égard, cela s'impose mais ne signifie pas entériner leur "demande" au pied de la lettre : elle doit être recueillie, réfléchie, débattue, comprise, soulagée.

Le but du travail psychologique est de ne pas laisser le jeune s'enfermer dans le discours convenu du "je le ressens, j'y aspire, j'y ai droit" ; il faut ouvrir la réflexion. La manière est d'associer les parents, non pas ligués avec le psy contre le jeune (c'est ce qu'il craint souvent), mais occasion pour eux de raconter, devant le psy, mais le jeune à l'écoute, ce que furent leurs adolescences à eux, leurs joies, leurs difficultés voire leurs épreuves. Les jeunes sont friands de ce type de récit qui, outre les informations qu'ils apportent, rappellent que nous savons qu'enfance et adolescence sont des moments de découverte parfois chargés de turbulence affective : tout adulte a été enfant ou adolescent, tout adulte est passé par là. Il s'agit de ne pas laisser le jeune s'isoler dans la posture du "vous ne comprenez rien, vous ne me comprenez pas" ; décrire la situation est le premier objectif, ouvrant ensuite d'accueillir les tracas et autres tourments propres à ces âges de la vie, ceux que connurent les parents jadis, ceux que connaissent les enfants et adolescents aujourd'hui : bref le travail psy, avec le tact nécessaire et justifié pour brasser des sentiments aussi intimes.

Après cet âge, chacun peut décider du mode d'aide qu'il requiert ; encore convient-il qu'ait été clarifiée l'adaptation de l'apparence sexuée. Tant mieux si elle permet de vivre mieux, de vivre bien.

Cela, c'est "dégenrer".

Désaméricaniser

C'est à deux niveaux : culturel et philosophique.

Culturel : il ne s'agit pas seulement de proscrire les anglicismes, même si opportunément y invite l'association Oser le français⁴⁴ ; pas seulement de recommander les ressources de la langue française (courriel est plus agréable aux oreilles qu'email). Il s'agit de préférer notre façon de penser, notre façon de partager, bref notre culture : elle ne démérite en rien, bien au contraire - l'affaire transgenre en fournit la démonstration. Comment les décideurs français peuvent-ils justifier l'amé-

43 Voir la tribune collective à laquelle je me suis joint : https://www.lepoint.fr/postillon/changement-de-genre-des-mineurs-l-appel-de-personnalites-aux-medias-07-07-2022-2482447_3961.php (juillet 2022)

44 « Chasse aux anglicismes dans l'espace public », Article de Stéphane Kovacs, *Le Figaro*, 23 mars 2023

ricanisation effrénée des principes fondateurs de la famille et de la société, menée à marche forcée depuis plusieurs décennies par l'imposition de lois dont la cohérence culturelle n'est qu'outre-Atlantique ? En quoi américaniser la société française peut-il être tenu pour un "progrès social", argument ressassé pour le perpétrer ? Est-ce plutôt l'effet de leur américanolâtrie, dans la fascination du spectaculaire développement économique des États-Unis ? Le "progressisme" est-il le faux nez de l'américanisation des manières ?

Voilà qui mérite d'être mis au débat : défendre la culture française pour la société française, est-ce une "franchouillardise" rétrograde, ou est-ce l'épanouir depuis son histoire à laquelle rien ne justifie d'imposer une autre culture nourrie d'autres conceptions ? On pourrait même se demander si, à l'envers de cette importation, l'exportation de la culture psychologique française actuelle (pas celle pseudo-philosophique de la "French Theory" !) ne pourrait être bénéfique à la société américaine confrontée aux impasses que l'on sait (wokisme, "phénomène transgenre") ? Tout cela justifie de ne plus recourir à la fallacieuse notion de "genre" dans le sens du gender américain.

Philosophique : l'être humain est-il une sorte de monade capable d'autodéfinition ? Quel est le rapport humain de l'altérité et de l'individualité ? Peut-on gommer l'incidence fondatrice de la première, qui est tout l'enjeu de la construction de la vie psychique ? Le "phénomène transgenre" éclaire les conceptions de notre époque et invite à les discuter.

Voilà les questions auxquelles nous convie le "phénomène transgenre".

Annexe n°9

N°9 Lisa Littman, USA

Ses diapos de présentation

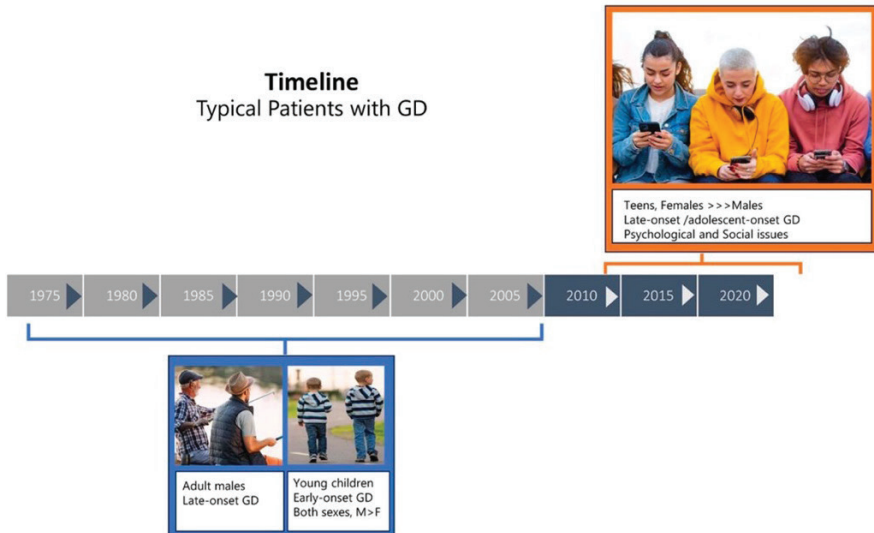
Adolescents and young adults with late-onset gender dysphoria (ROGD): a new population

Lisa Littman, MD, MPH
The Institute for Comprehensive Gender Dysphoria Research
Presentation to the French Parliament Working Group:
Réunion Groupe de travail Transidentification des mineurs
November 28, 2023

Conflicts of interest: none

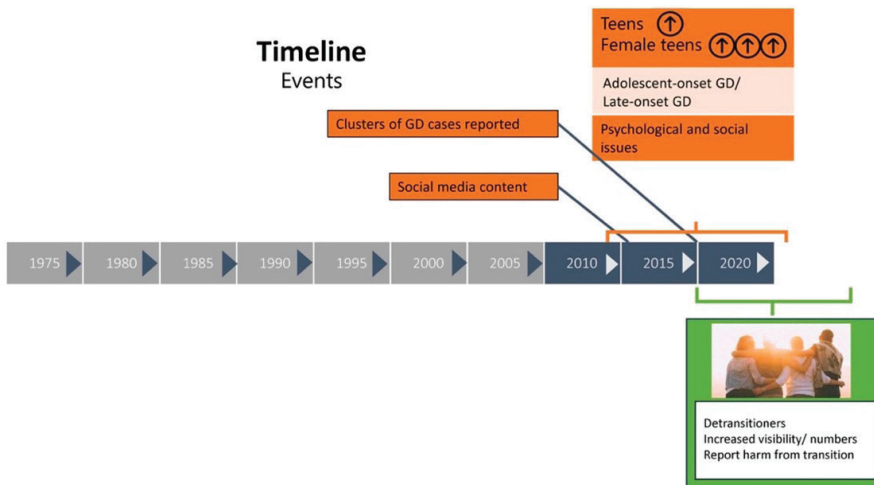
Statements expressed are the speaker's and don't necessarily reflect the positions of any organization with which she is affiliated.

Timeline Typical Patients with GD



Aitken et al., 2015; Blanchard, 1989; Bonfatto & Crasnow, 2018; Coleman et al., 2022; de Graaf, et al., 2018; de Graaf & Carmichael, 2019; Edwards-Leeper & Spack, 2012; Hutchinson et al., 2020; Kaltiala-Heino et al., 2015, 2018; McGrath, 2018; Zucker & Bradley, 1995; Zucker, 2019

Timeline Events

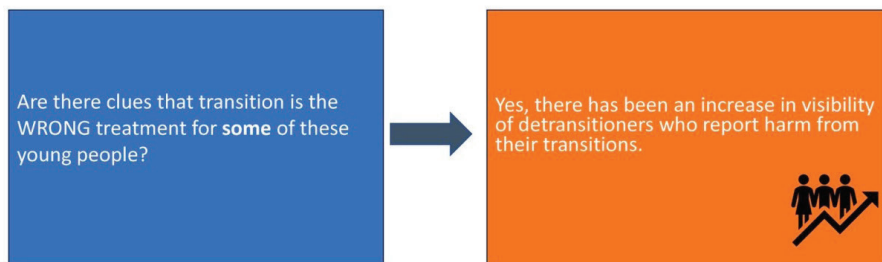


Boyd et al., 2022; Hall et al., 2021; Littman, 2021; Marchiano, 2017, 2020, 2021; Vandenbussche, 2021

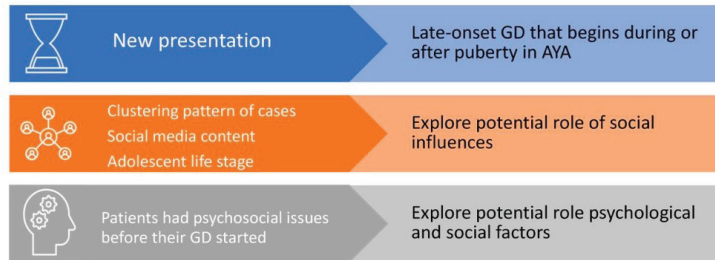
Questions



Questions



Studying the new population



ROGD definition and hypothesis

Rapid-onset gender dysphoria (or ROGD)* is a term created to describe a phenomenon where teens and young adults who did not have observable signs of gender dysphoria during their childhood became gender dysphoric or transgender-identified during or after puberty (adolescent-onset GD, late-onset GD in adolescents and young adults)

The ROGD Hypotheses are that psychosocial factors (such as social influence, mental health conditions, trauma, maladaptive coping mechanisms, internalized homophobia) can cause or contribute to the development of gender dysphoria in some individuals.

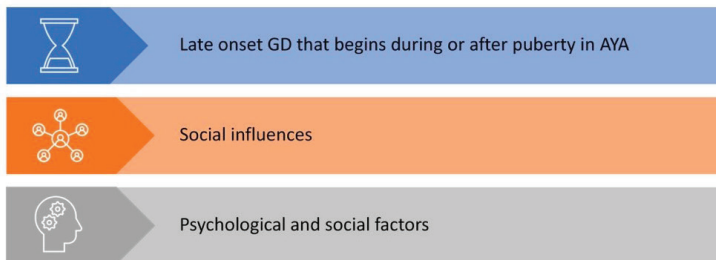
*Not a formal diagnosis

Littman, 2018, 2021

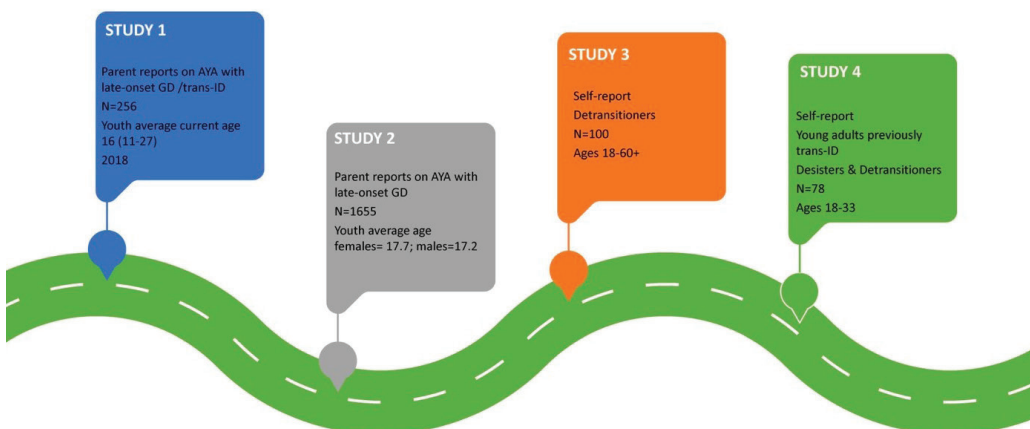
Proposed as an explanation for some- not all- cases of GD



ROGD components



Studies exploring ROGD

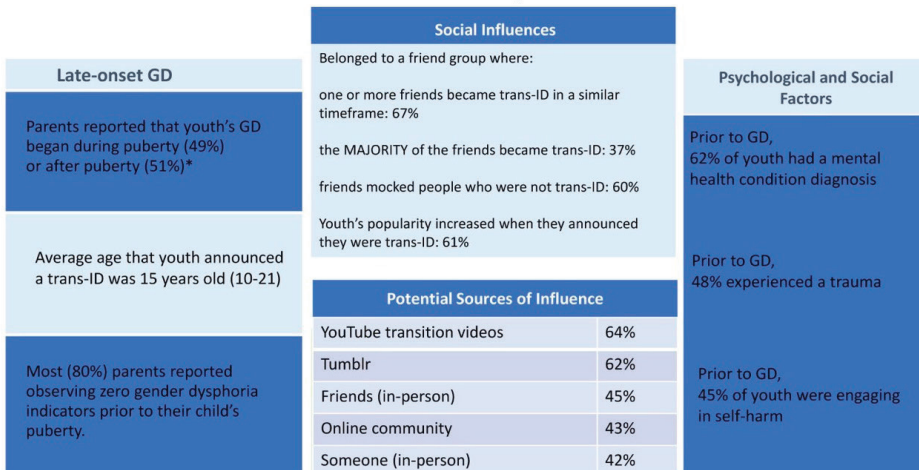


Littman, 2018, 2021; Diaz & Bailey, 2023; Littman et al., in press

Study 2: Findings
Parent-report

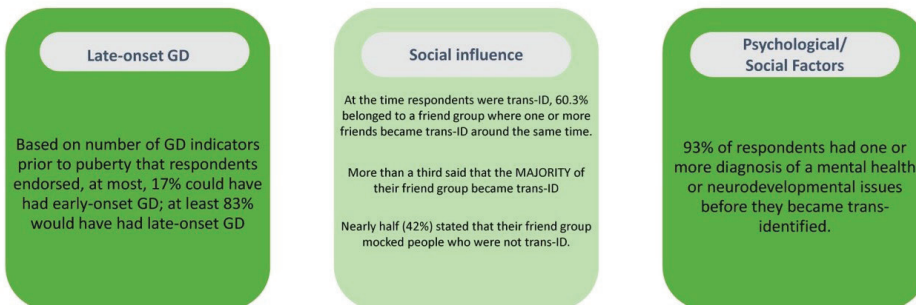


Study 1: Findings
Parent-report



Study 4: Findings

Self-report



Study 3: Findings

Self-report

Social Influences																				
Late-onset GD	20% indicated they felt pressured to transition by a person(s) (clinicians, partners, friends, online communities)	Psychological and Social Factors																		
Respondents reported that their GD began during or after puberty (44%)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: left;"> <thead> <tr style="background-color: #f4a460;"> <th style="text-align: left; padding: 5px;">Social sources that encouraged respondents to believe that transition would help them</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;">YouTube transition videos</td><td style="padding: 5px;">48</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Blogs</td><td style="padding: 5px;">46</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Tumblr</td><td style="padding: 5px;">45</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">A community of people that they met online</td><td style="padding: 5px;">43</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Therapist</td><td style="padding: 5px;">37</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">A person they met online</td><td style="padding: 5px;">30</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">A person they know in person (not online)</td><td style="padding: 5px;">28</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">A group of friends known in person (not online)</td><td style="padding: 5px;">27</td></tr> </tbody> </table>	Social sources that encouraged respondents to believe that transition would help them	%	YouTube transition videos	48	Blogs	46	Tumblr	45	A community of people that they met online	43	Therapist	37	A person they met online	30	A person they know in person (not online)	28	A group of friends known in person (not online)	27	58% expressed that they believe their GD was caused by a mental health condition or trauma
Social sources that encouraged respondents to believe that transition would help them	%																			
YouTube transition videos	48																			
Blogs	46																			
Tumblr	45																			
A community of people that they met online	43																			
Therapist	37																			
A person they met online	30																			
A person they know in person (not online)	28																			
A group of friends known in person (not online)	27																			
Social Influences	Belonged to a friend group where one or more friend transitioned before respondent decided to transition: 36%	23% expressed that they believe that difficulty accepting themselves as lesbian, gay or bisexual was the root of their GD and desire to transition																		
Friend groups mocked people who were not trans-ID: 22%	Person's popularity increased when they announced plans to transition: 20%																			

Study 4: Findings Self-report

Importance of psychological factors Developing gender dysphoria/becoming trans-identified

Rated factors*	Mean importance
Interpreting the feelings of trauma or a mental health condition as GD	3.96
Self-hatred and wanting to be a different person	3.78
Maladaptive coping mechanism	3.69

*Excerpts of psychological factors

How important were each of the following factors in your becoming transgender-identified and gender dysphoric?

- N/A
- Not at all important = 1
- Somewhat important = 2
- Moderately important = 3
- Very important = 4
- Extremely important = 5

Study 4: Findings Self-report

Importance of social influence factors Developing gender dysphoria/becoming trans-identified

Rated factors*	Mean importance
Tumblr	3.34
Social influence	3.18
A person known (IRL)	3.16
YouTube transition videos	3.10

*Excerpts of social factors

How important were each of the following factors in your becoming transgender-identified and gender dysphoric?

- N/A
- Not at all important = 1
- Somewhat important = 2
- Moderately important = 3
- Very important = 4
- Extremely important = 5



What is the state of evidence about the ROGD Hypotheses?

Early but increasing in strength

- 1 Parent-report research
- 2 Parent-report research
- 3 Self-report detransitioners
- 4 Self-report desisters and detransitioners
- 5 More research is needed



Littman, 2018; Bailey & Diaz, 2023; Littman, 2021; Littman et al., in press

References

- Aitken, M. et al. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763.
- Bailey, M., & Diaz, S. (2023). Rapid-Onset Gender Dysphoria: Parent Reports on 1,655 Possible Cases. *Journal of Open Inquiry in the Behavioral Sciences*.
- Blanchard, R. (1989). The Concept of Autogynephilia and the Typology of Male Gender Dysphoria. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(10), 616.
- Bonfatto, M., & Crasnow, E. (2018). Gender/ed identities: An overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 29–46.
- Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach. *Healthcare*, 10(1), 121.
- Coleman, E., et al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259.
- de Graaf, N. M., & Carmichael, P. (2019). Reflections on emerging trends in clinical work with gender diverse children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 353–364.
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301–1304.
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological Evaluation and Medical Treatment of Transgender Youth in an Interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a Major Pediatric Center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336.
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6), e184.
- Hutchinson, A., Midgen, M., & Spiliadis, A. (2020). In Support of Research Into Rapid-Onset Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 79–80.

References

- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 9*, 31–41.
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 9.
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, 13(8), e0202330.
- Littman, L. (2021). Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369.
- Littman, L.; O'Malley, S.; Kershner, H., Bailey, J.M. (2023) in press.
- Marchiano, L. (2017). Outbreak: On transgender teens and psychic epidemics. *Psychological Perspectives*, 60(3), 345–366.
- Marchiano, L. (2021). Gender detransition: A case study. *Journal of Analytical Psychology*, 66(4), 813–832.
- Marchiano, L. (2020). The ranks of gender detransitioners are growing. We need to understand why. *Quillette*. <https://quillette.com/2020/01/02/the-ranks-of-gender-detransitioners-are-growing-we-need-to-understand-why/>
- McGrath, C. (2018). Investigation as Number of Girls Seeking Gender Transition Treatment Rises 4,515 Percent. <https://www.express.co.uk/news/uk/1018407/gender-transition-treatment-investigation-penny-mordant>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Homosexuality*, 1–19.
- Zucker, K. J. (2019). Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1983–1992.
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. Guilford Press.

Annexe n°10

N°10 Références indiquées par Michaël BIGGS dans son texte

1. Anacker, Christoph, Ezra Sydnor, Briana KChen, Christina CLaGamma, Josephine CMcGowan, Alessia Mastrodonato, Holly CHunsberger, et al2021"Behavioral and Neurobiological Effects of GnRH Agonist Treatment in Mice : Potential Implications for Puberty Suppression in Transgender Individuals (Effets comportementaux et neurobiologiques du traitement par agonistes de la GnRH chez la souris : implications potentielles pour la suppression de la puberté chez les personnes transgenres) *Neuropsychopharmacology* 46 : 882-90<https://doi.org/10.1038/s41386-020-00826-1>.
2. Bannerman, Lucy2019«Médicaments bloquant la puberté : 'Depuis quatre ans, je suis coincée comme une enfant'»*Times*, 26 juillet 2019<https://www.thetimes.co.uk/article/transgender-children-puberty-blocking-drugs-for-the-past-four-years-i-ve-been-stuck-as-a-child-5s6tkh7z2>.
3. Biggs, Michael2019a«Une lettre à la rédaction concernant l'article original de Costa et al : Soutien psychologique, suppression de la puberté et fonctionnement psychosocial chez les adolescents atteints de dysphorie de genre.» *Journal of Sexual Medicine* 16 : 2043<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.002>.
4. 2019b« L'expérience britannique des bloqueurs de puberté »**Dans *Inventing Transgender Children and Young People*, édité par Michele Moore et Heather Brunsell-Evans, 40-55Newcastle : Cambridge Scholars Publishing.**
5. 2020a"La dysphorie de genre et le fonctionnement psychologique chez les adolescents traités par GnRH : comparaison des études prospectives néerlandaises et anglaises"*Archives of Sexual Behavior* 49 : 2231-36<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01764-1>.
6. 2020b«Les bloqueurs de puberté et la suicidalité chez les adolescents souffrant de dysphorie de genre»*Archives of Sexual Behavior* 49 : 2227-29<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01743-6>.
7. 2021«Revisiting the Effect of GnRH Analogue Treatment on Bone Mineral Density in Young Adolescents with Gender Dysphoria» (Réexamen de l'effet du traitement par analogues de la GnRH sur la densité minérale osseuse chez les jeunes

adolescents souffrant de dysphorie de genre) *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* **34** : 937-39 <https://doi.org/10.1515/jpem-2021-0180>.

8. 2022 "Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom" *Archives of Sexual Behavior* **51** : 685-90 <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7>.

9. 2023 «Le protocole néerlandais pour les transsexuels juvéniles : Origins and Evidence.» *Journal of Sex & Marital Therapy* **49** : 348-68 <https://doi.org/10.1080/092623X.2022.2121238>.

10. **Blackwood of North Oxford, baronne** 2019 Réponse à la question écrite HL15681 posée par Lord Lucas.

11. Blok, Christel J.Mde, Chantal MWiepjes, Daan Mvan Velzen, Anнемieke SStaphorsius, Nienke MNota, Louis J.GGooren, Baudewijntje P.CKreukels et Martin den Heijer 2021 «Tendances de la mortalité sur cinq décennies chez les adultes transgenres recevant un traitement hormonal : A Report from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria» *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, S2213858721001856 [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00185-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00185-6).

12. Bowers, Marci 2022 «Teen Transitions» Duke University, 21 mars <https://www.facebook.com/dukesgmhealth/videos/704267637246585/>.

13. Brik, Tessa, Lieke J.J.Vrouenraets, Martine Cde Vries et Sabine EHanneма 2020 «Trajectoires d'adolescents traités avec des analogues de l'hormone de libération de la gonadotrophine pour dysphorie de genre» *Archives of Sexual Behavior* **49** : 2611-18 <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>.

14. Butler, Gary, Nastasja De Graaf, Bernadette Wren et Polly Carmichael 2018 «Évaluation et soutien des enfants et des adolescents atteints de dysphorie de genre» *Archives of Disease in Childhood*, **archdischild-2018-314992** <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992>.

15. Carmichael, Polly, Gary Butler, Una Masic, Tim J Cole, Bianca L De Stavola, Sarah Davidson, Elin MSkageberg, Sophie Khadr et Russell Viner 2020 "Résultats à court terme de la suppression de la puberté dans une cohorte sélectionnée de jeunes de 12 à 15 ans souffrant d'une dysphorie de genre persistante au Royaume-Uni". Preprint. Santé sexuelle et génésique. <https://doi.org/10.1101/2020.12.01.20241653>.

16. Carmichael, Polly, Gary Butler, Una Masic, Tim J. Cole, Bianca L. De Stavola, Sarah Davidson, Elin M. Skageberg, Sophie Khadr et Russell Viner. 2021. "Résultats à court terme de la suppression de la puberté dans une cohorte sélectionnée de jeunes de 12 à 15 ans souffrant d'une dysphorie de genre persistante au Royaume-Uni". *PLOS ONE* 16 : e0243894.

17. Centres de contrôle et de prévention des maladies. 2018. «Enquête 2017 sur les comportements à risque des jeunes.» <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/data.htm>.

18. Chen, Diane, Mere Abrams, Leslie Clark, Diane Ehrensaft, Amy C. Tishelman, Yee-Ming Chan, Robert Garofalo, Johanna Olson-Kennedy, Stephen M. Rosenthal et Marco A. Hidalgo. 2021. "Caractéristiques psychosociales des jeunes transgenres à la recherche d'un traitement médical d'affirmation du genre : Baseline Findings from the Trans Youth Care Study". *Journal of Adolescent Health* 68 : 1104-11. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>.

19. Hôpital pour enfants de Los Angeles. 2015. «NIH Funds First Ever Multi-Site Study of Transgender Youth in the US with a \$5.7 Million Award (Le NIH finance la première étude multisite sur les jeunes transgenres aux États-Unis avec un prix de 5,7 millions de dollars). 14 août 2015. <https://www.newswise.com/articles/nih-funds-first-ever-multi-site-study-of-transgender-youth-in-the-us-with-a-5-7-million-award>.

20. Cohen-Kettenis, Peggy T., et Stephanie H.M. van Goozen. 1997. "Sex Reassignment of Adolescent Transsexuals : A Follow-up Study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 : 263-71. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>.

21. Cohen-Kettenis, Peggy T., Sebastiaan E.E. Schagen, Thomas D. Steensma, Annelou L.C. de Vries, et Henriette A. Delemarre-van de Waal. 2011. "Suppression de la puberté chez un adolescent dysphorique : A 22-Year Follow-Up." *Archives of Sexual Behavior* 40 : 843-47. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>.

22. Cohen-Kettenis, P.T., et L.J.G. Gooren. 1999. "Transsexualism : A Review of Etiology, Diagnosis and Treatment". *Journal of Psychosomatic Research* 46 : 315-33.

23. Costa, Rosalia, Michael Dunsford, Elin Skagerberg, Victoria Holt, Polly Carmichael et Marco Colizzi. 2015. "Le soutien psychologique, la suppression de la puberté et le fonctionnement psychosocial chez les adolescents atteints de dyspho-

rie de genre". *Journal of Sexual Medicine* 12 : 2206-14. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>.

24. Delemarre-van de Waal, Henriette A., et Peggy T. Cohen-Kettenis. 2006. «Gestion clinique du trouble de l'identité de genre chez les adolescents : A Protocol on Psychological and Paediatric Endocrinology Aspects». *European Journal of Endocrinology* 155 (suppl_1) : S131-37. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.

25. Département de l'éducation. 2012. "Special Educational Needs in England, January 2012." <https://www.gov.uk/government/statistics/special-educational-needs-in-england-january-2012>.

26. . 2015. "Special Educational Needs in England, January 2015" (Besoins éducatifs spéciaux en Angleterre, janvier 2015). <https://www.gov.uk/government/statistics/special-educational-needs-in-england-january-2015>.

27. Dhejne, Cecilia, Roy Van Vlerken, Gunter Heylens et Jon Arcelus. 2016. "Santé mentale et dysphorie de genre : A Review of the Literature." *International Review of Psychiatry* 28 (janvier) : 44-57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>.

28. dickey, lore m., et Stephanie L. Budge. 2020. «Suicide et expérience transgenre : A Public Health Crisis». *American Psychologist* 75 : 380-90. <https://doi.org/10.1037/amp0000619>.

29. Ferring Pharmaceuticals Ltd. 2016. «Notice d'emballage : ... Gonapeptyl® Depot 3.75mg.» <http://www.medicines.org.uk/emc/product/2229/pil>.

30. Service de développement de l'identité de genre. 2015. «Résultats préliminaires de la recherche sur l'intervention précoce. In Conseil d'administration, première partie : ordre du jour et documents ... 23 juin 2015, 50-55.

31. Godfrey, Jodi R., Brittany R. Howell, Amanda Mummert, Yundi Shi, Martin Styner, Mark E. Wilson et Mar Sanchez. 2023. "Effets du rang social et du retard pubertaire sur la structure cérébrale des femelles macaques rhésus". *Psychoneuroendocrinology* 149 (mars) : 105987. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105987>.

32. Gooren, Louis, et Henriette Delemarre-van de Waal. 1996. "The Feasibility of Endocrine Interventions in Juvenile Transsexuals". *Journal of Psychology and Human Sexuality* 8 : 69-74. https://doi.org/10.1300/J056v08n04_05.

33. **Green, Richard. 1987.** *The Sissy Boy Syndrome : The Development of Homosexuality.* Yale University Press.

34. **Hatchel, Tyler, Joshua R. Polanin et Dorothy L. Espelage. 2021.** "Pensées et comportements suicidaires chez les jeunes LGBTQ : Meta-Analyses and a Systematic Review". *Archives of Suicide Research* 25 : 1-37. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1663329>.

35. *Autorité de recherche en santé. 2019.* «Enquête sur l'étude «Suppression pubertaire précoce dans un groupe soigneusement sélectionné d'adolescents souffrant de troubles de l'identité de genre»». 14 octobre 2019. <https://www.hra.nhs.uk/about-us/governance/feedback-raising-concerns/investigation-study-early-pubertal-suppression-carefully-selected-group-adolescents-gender-identity-disorders/>.

36. *Hembree, Wylie C., Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal, Louis J. Gooren, Walter J. Meyer, Norman P. Spack, Vin Tangpricha, et Victor M. Montori. 2009.* «Traitement endocrinien des personnes transsexuelles : An Endocrine Society Clinical Practice Guideline». *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 94 : 3132-54. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>.

37. **Hirvikoski, Tatja, Ellenor Mittendorfer-Rutz, Marcus Boman, Henrik Larsson, Paul Lichtenstein et Sven Bölte. 2016.** "Mortalité prématurée dans les troubles du spectre autistique". *British Journal of Psychiatry* 208 : 232-38. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160192>.

38. **Ho, David K., Girija Kotalgi, Callum C. Ross, Jose Romero-Ulceray et Mrigendra Das. 2012.** "Traitement à la triptoréline chez les délinquants sexuels souffrant de troubles mentaux : Experience From a Maximum-Security Hospital". *Journal of Clinical Psychopharmacology* 32 : 739-40. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e318266c6f5>.

39. **Hough, D., M. Bellingham, I.R. Haraldsen, M. McLaughlin, J.E. Robinson, A.K. Solbakk, et N.P. Evans. 2017.** "Une réduction de la mémoire spatiale à long terme persiste après l'arrêt du traitement agoniste GnRH péripubertaire chez le mouton". *Psychoneuroendocrinology* 77 : 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.029>.

40. **Hough, D., M. Bellingham, I.R.H. Haraldsen, M. McLaughlin, M. Rennie, J.E. Robinson, A.K. Solbakk, et N.P. Evans. 2017.** "La mémoire spatiale est altérée par le traitement agoniste GnRH péripubertaire et le remplacement de la testostérone

chez le mouton". *Psychoneuroendocrinology* 75 : 173-82. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.10.016>.

41. Ipsen Ltd. 2017. «Notice d'emballage : ... Decapeptyl® SR 11.25 Mg.» <http://www.medicines.org.uk/emc/product/780/pil>.

42. **Jackman, Kasey B., Billy A. Caceres, Elizabeth J. Kreuze et Walter O. Bockting. 2021. "Suicidalité chez les jeunes des minorités de genre : Analysis of 2017 Youth Risk Behavior Survey Data".** *Archives of Suicide Research* 25 : 208-23. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1678539>.

43. **Jackson, Sarah S., Jalen Brown, Ruth M. Pfeiffer, Duncan Shrewsbury, Stewart O'Callaghan, Alison M. Berner, Shahinaz M. Gadalla et Meredith S. Shiels. 2023. "Analyse de la mortalité chez les adultes transgenres et de sexe différent en Angleterre.** *JAMA Network Open* 6 : e2253687. <https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2022.53687>.

44. Johns, Michelle M., Richard Lowry, Jack Andrzejewski, Lisa C Barrios, Zewditu Demissie, Timothy McManus, Catherine N. Rasberry, Leah Robin et J. Michael Underwood. 2019. « Identité transgenre et expériences de victimisation par la violence, de consommation de substances, de risque de suicide et de comportements sexuels à risque chez les lycéens » : 19 États et grands districts scolaires urbains, 2017.» *Rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité* 68 : 69-71.

45. **Joseph, Tobin, Joanna Ting et Gary Butler. 2019. "L'effet du traitement par analogues de la GnRH sur la densité minérale osseuse chez les jeunes adolescents atteints de dysphorie de genre : Findings from a Large National Cohort."** *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 32 : 1077-81. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0046>.

46. **Kirby, Anne V., Amanda V. Bakian, Yue Zhang, Deborah A. Bilder, Brooks R. Keeshin, et Hilary Coon. 2019. "Une étude de 20 ans sur les décès par suicide dans une population d'autistes à l'échelle de l'État.** *Autism Research* 12 (avril) : 658-66. <https://doi.org/10.1002/aur.2076>.

47. Klink, Daniel, Martine Caris, Annemieke Heijboer, Michael van Trotsenburg et Joost Rotteveel. 2015. «Masse osseuse chez le jeune adulte après un traitement par analogue de l'hormone de libération de la gonadotrophine et un traitement par hormones transsexuelles chez les adolescents atteints de dysphorie de genre.» *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 100 : E270-75. <https://doi.org/10.1210/clinem.2015-1210>.

org/10.1210/jc.2014-2439.

48. Klotz, Frieda. 2022. "The Fractious Evolution of Pediatric Transgender Medicine" (L'évolution incertaine de la médecine transgenre pédiatrique). *Undark Magazine*. 6 avril 2022. <https://undark.org/2022/04/06/the-evolution-of-pediatric-transgender-medicine/>.

49. Lee, Janet Y, Courtney Finlayson, Johanna Olson-Kennedy, Robert Garofalo, Yee-Ming Chan, David V Glidden et Stephen M Rosenthal. 2020. "Faible densité minérale osseuse chez les jeunes transgenres/diversifiés en début de puberté : Findings from the Trans Youth Care Study". *Journal of the Endocrine Society* 4 : bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>.

50. Levine, Stephen B., E. Abbruzzese et Julia M. Mason. 2022. "Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults ". *Journal of Sex and Marital Therapy*. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221>.

51. Li, Gu, Karson T. F. Kung, et Melissa Hines. 2017. "Comportement sexué de l'enfance et orientation sexuelle de l'adolescent : A Longitudinal Population-Based Study." *Developmental Psychology* 53 : 764-77. <https://doi.org/10.1037/dev0000281>.

52. Mann, Georgina E, Amelia Taylor, Bernadette Wren, et Nastasja de Graaf. 2019. "Revue de la littérature sur les pensées et les comportements d'automutilation chez les enfants et les jeunes de sexe divers au Royaume-Uni". *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 24 : 304-21. <https://doi.org/10.1177/1359104518812724>.

53. Manning, Sanchez, et Steven Adams. 2014. "NHS to Give Sex Change Drugs to Nine-Year-Olds (Le NHS va donner des médicaments pour changer de sexe à des enfants de neuf ans) : Clinic Accused of 'playing God' with Treatment That Stops Puberty". *Mail on Sunday*, 17 mai 2014. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2631472/NHS-sex-change-drugs-nine-year-olds-Clinic-accused-playing-God-treatment-stops-puberty.html>.

54. Marumo, Ken, Shiro Baba et Masaru Murai. 1999. "Erectile Function and Nocturnal Penile Tumescence in Patients with Prostate Cancer Undergoing Luteinizing Hormone-releasing Hormone Agonist Therapy". *International Journal of Urology* 6 : 19-23. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2042.1999.06128.x>.

55. Miesen, Anna I.R. van der, Hannah Hurley, et Annelou L.C. de Vries. 2016. «Dysphorie de genre et troubles du spectre autistique : A Narrative Review.» *International Review of Psychiatry* 28 : 70-80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>.
56. Morandini, James S, Aidan Kelly, Nastasja M de Graaf, Polly Carmichael, et Ilan Dar-Nimrod. 2021. «Shifts in Demographics and Mental Health Co-Morbidities among Gender Dysphoric Youth Referred to a Specialist Gender Dysphoria Service» (Évolution des caractéristiques démographiques et des comorbidités en matière de santé mentale chez les jeunes dysphoriques orientés vers un service spécialisé dans la dysphorie de genre). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, octobre. <https://doi.org/10.1177/13591045211046813>.
57. Institut national pour l'excellence clinique. 2020. «Evidence Review : Analogues de l'hormone de libération de la gonadotrophine pour les enfants et les adolescents souffrant de dysphorie de genre».
58. Negenborn, Vera L., Wouter B. van der Sluis, Wilhelmus J.H.J. Meijerink, et Mark-Bram Bouman. 2017. "Cellulite nécrosante létale causée par E. Coli producteur de BLSE après une vaginoplastie intestinale par laparoscopie". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 30 : e19-21. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.09.005>.
59. NHS England. 2023. "Interim Clinical Policy : Puberty Suppressing Hormones (PSH) for the Purpose of Puberty Suppression for Children and Adolescents Who Have Gender Incongruence/Dysphoria". <https://dmscdn.vuelio.co.uk/publicitem/5b08926e-4b5e-4bc1-a6d4-dabff1a681d0>.
60. Nock, Matthew K, et Ronald C Kessler. 2006. "Prévalence et facteurs de risque des tentatives de suicide par rapport aux gestes suicidaires : Analysis of the National Comorbidity Survey." *Journal of Abnormal Psychology* 115 : 616-23. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>.
61. Olson-Kennedy, Johanna, Yee-Ming Chan, Robert Garofalo, Norman Spack, Diane Chen, Leslie Clark, Diane Ehrensaft, Marco Hidalgo, Amy Tishelman et Stephen Rosenthal. 2019. "Impact du traitement médical précoce pour les jeunes transgenres : Protocole pour l'étude longitudinale et observationnelle sur les soins aux jeunes transgenres." *JMIR Research Protocols* 8 (juillet) : e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>.

62. Olson-Kennedy, Johanna, Laer H. Streeter, Robert Garofalo, Yee-Ming Chan et Stephen M. Rosenthal. 2021. "Implants d'histréline pour la suppression de la puberté chez les jeunes atteints de dysphorie de genre : A Comparison of 50 Mcg/Day (Vantas) and 65 Mcg/Day (SupprelinLA)". *Transgender Health* 6 : 36-42. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0055>.
63. *Pediatrics*. 2021. «Erratum pour TURBAN 2019-1725. *Pediatrics* 147 : e2020049767. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049767>.
64. Savin-Williams, Ritch C. 2001. «Tentatives de suicide chez les jeunes des minorités sexuelles : Population and Measurement Issues». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69 : 983-91. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.983>.
65. Schagen, Sebastian E E, Femke M Wouters, Peggy T Cohen-Kettenis, Louis J Gooren et Sabine E Hannema. 2020. "Développement osseux chez les adolescents transgenres traités avec des analogues de la GnRH et des hormones d'affirmation du genre ultérieures". *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 105 : e4252-63. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>.
66. Singal, Jesse. 2022. "Des chercheurs ont constaté que les bloqueurs de puberté et les hormones n'amélioreraient pas la santé mentale des enfants transgenres dans leur clinique. Puis ils ont publié une étude affirmant le contraire. (Mise à jour)". Substack newsletter. *Singal-Minded* (blog). 6 avril 2022. <https://jessesingal.substack.com/p/researchers-found-puberty-blockers>.
67. Socialstyrelsen. 2020. "Utvecklingen av diagnosen könsdysfori [L'évolution du diagnostic de dysphorie de genre]". <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6600.pdf>.
68. . 2022. "Prise en charge des enfants et des adolescents atteints de dysphorie de genre : résumé.
69. Spack, Norman P. 2009. "An Endocrine Perspective on the Care of Transgender Adolescents". *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 13 : 309-19. <https://doi.org/10.1080/19359700903165381>.
70. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. 2022. "Hormonbehandling vid könsdysfori-barn och unga : En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter [Traitement hormonal de la dysphorie de genre chez les enfants et les jeunes : A systematic review and evaluation of medical aspects]", <https://>

www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aaae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konsdysfori_barn-och-unga.pdf.

71. **Stoffers, Iris E., Martine C. de Vries, et Sabine E. Hannema. 2019. "Changements physiques, paramètres de laboratoire et densité minérale osseuse pendant le traitement à la testostérone chez les adolescents atteints de dysphorie de genre".** *Journal of Sexual Medicine* 16 : 1459-68. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>.

72. SVT. 2021. «Transbarnen [Trans Kids]». Uppdrag Granskning [Mission d'enquête]. Télévision suédoise.

73. Tollit, Michelle A., Tamara May, Tiba Maloof, Michelle M. Telfer, Denise Chew, Melanie Engel et Ken Pang. 2021. «The Clinical Profile of Patients Attending a Large, Australian Pediatric Gender Service (Le profil clinique des patients fréquentant un grand service pédiatrique australien) : A 10-Year Review.»

74. Tominey, Camilla, et Joani Walsh. 2019. «La clinique transgenre du NHS accusée de dissimuler les effets négatifs des bloqueurs de puberté sur les enfants par un professeur d'Oxford». *Telegraph*, 7 mars 2019. <https://www.telegraph.co.uk/news/2019/03/07/nhs-transgender-clinic-accused-covering-negative-impacts-puberty/>.

75. **Toomey, Russell B., Amy K. Syvertsen, et Maura Shramko. 2018. "Comportement suicidaire des adolescents transgenres".** *Pediatrics* 142 : e20174218. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4218>.

76. **Tordoff, Diana M., Jonathon W. Wanta, Arin Collin, Cesalie Stepney, David J. Inwards-Breland et Kym Ahrens. 2022. "Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care (Résultats en matière de santé mentale chez les jeunes transgenres et non binaires recevant des soins d'affirmation de genre).** *JAMA Network Open* 5 : e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>.

77. **Turban, Jack L., Dana King, Jeremi M. Carswell et Alex S. Keuroghlian. 2020. "Suppression de la puberté chez les jeunes transgenres et risque d'idées suicidaires".** *Pediatrics* 145 : e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>.

78. Turner, Daniel, et Peer Briken. 2018. «Traitement des troubles paraphiliques chez les délinquants sexuels ou les hommes présentant un risque de délinquance

sexuelle avec des agonistes de l'hormone de libération de l'hormone lutéinisante : An Updated Systematic Review.» *Journal of Sexual Medicine* 15 : 77-93. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.013>.

79. Van Cauwenberg, Gaia, Karlien Dhondt et Joz Motmans. 2021. «Dix ans d'expérience dans le conseil aux jeunes de genre différent en Flandre, Belgique : A Clinical Overview». *International Journal of Impotence Research*. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00441-8>.

80. Viner, Russell, Polly Carmichael, Domenico Di Ceglie, Gary Butler, Caroline Brain, Victoria Holt, Sophie Khadr, et Elin Skagerberg. 2010. «An Evaluation of Early Pubertal Suppression in a Carefully Selected Group of Adolescents with Gender Identity Disorder (v1.0) (Évaluation de la suppression précoce de la puberté dans un groupe soigneusement sélectionné d'adolescents souffrant de troubles de l'identité sexuelle)».

81. **Vlot, Mariska C., Daniel T. Klink, Martin den Heijer, Marinus A. Blankenstein, Joost Rotteveel et Annemieke C. Heijboer. 2017. "Effet de la suppression pubertaire et de l'hormonothérapie intersexuelle sur les marqueurs de transformation osseuse et la densité minérale apparente osseuse (DMAO) chez les adolescents transgenres." *Bone* 95 : 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>.**

82. Vries, Annelou L.C. de, Jennifer K. McGuire, T.D. Steensma, E.C.F. Wagenaar, T.A.H. Doreleijers, et Peggy T. Cohen-Kettenis. 2014. «Le résultat psychologique des jeunes adultes après la suppression de la puberté et la réassignation de genre». *Pediatrics* 134 : 696-704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>.

83. Vries, Annelou L.C. de, Thomas D. Steensma, Theo A.H. Doreleijers, et Peggy T. Cohen-Kettenis. 2011. «Suppression de la puberté chez les adolescents souffrant d'un trouble de l'identité sexuelle : A Prospective Follow-Up Study». *Journal of Sexual Medicine* 8 : 2276-83. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>.

84. **Warrier, Varun, David M. Greenberg, Elizabeth Weir, Clara Buckingham, Paula Smith, Meng-Chuan Lai, Carrie Allison et Simon Baron-Cohen. 2020. "Taux élevés d'autisme, d'autres diagnostics neurodéveloppementaux et psychiatriques, et de traits autistiques chez les personnes transgenres et de sexe différent". *Nature Communications* 11 (3959). <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>.**

85. Wiepjes, Chantal M., Nienke M. Nota, Christel J.M. de Blok, Maartje Klaver, Annelou L.C. de Vries, S. Annelijn Wensing-Kruger, Renate T. de Jongh, et al. 2018.

«*The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015) (Étude de la cohorte d'Amsterdam sur la dysphorie de genre) : Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets.*» *The Journal of Sexual Medicine* **15** : 582-90. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.

Annexe n°11

N°11 Riittakerttu Kaltiala : Bibliographie communiquée lors de l'audition

- Kaltiala-Heino R, Lindberg N, Ranta K, Tainio V-M, Työläjärvi M. Sukupuoli-identiteetin häiriö lapsilla ja nuorilla. *Suom Lääkäril* 2013;11:819-825
- Kaltiala-Heino R, Sumia M, Savioja H, Lindberg N. Seksuaaliterveyden kysymyksiä sukupuolen uudelleenmäärittelyn edellytysten arvioon hakeutuvilla nuorilla. *Seksologinen Aikakauskirja* 2014;1:15-28
- Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors : overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015 Apr 9;9:9. doi : 10.1186/s13034-015-0042-y. eCollection 2015.
- Kaltiala-Heino R, Mattila A, Kärnä T, Joutsenniemi K. Sukupuoli-identiteetin diagnosoiminen. *Duodecim* 2015;131(4):367-71
- Kaltiala-Heino R, Työläjärvi M, Suomalainen L. Kun sukupuoli on nuorelle ongelma. *Duodecim* 2018;134:2941-2046
- Kaltiala-Heino R, Lindberg N. Identités de genre dans la population adolescente : questions méthodologiques et prévalence à travers les groupes d'âge. *European Psychiatry* 2019;55:61-66
- Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, de Graaf N, Egebjerg Rischel K, Frisén L, Schorkopf M, Suomalainen L, Waehre A. Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services : a study in four Nordic countries and in the UK. *Nord J Psychiatry* 2019 (publié en ligne en septembre 2019) <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kaltiala R, Heino E, Työläjärvi M, Suomalainen L. Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nord J sychiatry (Nord J Psychiatry* 1-7, 2019 Nov 25
- Sumia M, Lindberg N, Työläjärvi M, Kaltiala-Heino R. Early pubertal timing is common among adolescent girl-to-boy sex reassignment applicants. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016 : 3:1-3.

- Sumia M, Lindberg N, Työläjärvi M, Kaltiala-Heino R. Current and recalled childhood gender identity in community youth in comparison to referred adolescents seeking sex reassignment. *Journal of Adolescence* 2017;56:34-39
- Kaltiala-Heino R, Työläjärvi M, Lindberg N. Expériences sexuelles des adolescents référés cliniquement avec des caractéristiques de dysphorie de genre. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2019 : 24(2) : 365-378
- Kaltiala-Heino R, Työläjärvi M, Lindberg N. Dysphorie de genre dans la population adolescente : Une étude de réplication sur 5 ans. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2019 : 24(2) : 371-387
- Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjärvi M, Frisé L. La dysphorie de genre à l'adolescence : perspectives actuelles. *Santé, médecine et thérapeutique de l'adolescent* 2018;9:31-41.
- Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, de Graaf N, Egebjerg Rischel K, Frisé L, Schorkopf M, Suomalainen L, Waehre A. Time trends in referrals to child and adolescent
- services d'identité de genre : une étude dans quatre pays nordiques et au Royaume-Uni. *Nord J Psychiatry* 2020 : 74(1):40-44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kaltiala R, Heino E, Työläjärvi M, Suomalainen L. Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria.
- *Nordic Journal of Psychiatry*. 2020;74(3);213-219
- Heino E, Ellonen N, Kaltiala R. Transgender identity is associated with involvement in bullying among Finnish adolescents. *Frontiers in Psychology Gender Sex and Sexualities*. 2020 publié en ligne <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.612424/abstract> doi : 10.3389/fpsyg.2020.612424
- Heino E, Fröjd S, Marttunen M, Kaltiala R. Expériences sexuelles normales et négatives des adolescents transgenres dans la communauté. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2020 Nov 20;8:166-175. doi : 10.21307/sjcapp-2020-017.

- Heino E, Fröjd S, Marttunen M, Kaltiala R. L'identité transgenre est associée à des idées suicidaires graves chez les adolescents finlandais. *Int J Adolesc Med Health*. 2021 Aug 24. doi : 10.1515/ijamh-2021-0018.
- Kaltiala R, Ellonen N. Transgender identity and experiences of sexual harassment in adolescence. *Child Abuse Review*, 2022 ; e2748. <https://doi.org/10.1002/car.2748>
- Kaltiala R. Aspects du genre et de la sexualité en relation avec les expériences de harcèlement sexuel chez les adolescents de la population générale. *Int J Environ Res Public Health* 2022, 19, 9811. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169811>
- Karvonen M, Goth K, Eloranta SJ, Kaltiala R. Identity Integration in Adolescents With Features of Gender Dysphoria Compared to Adolescents in General Population. *Frontiers in Psychiatry* 2022 : 13:848282
- Karvonen M, Karukivi M, Kronstrom K, Kaltiala R. The nature of co-morbid psychopathology in adolescents with gender dysphoria, *Psychiatry Research* (2022), doi : <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114896>
- Tenhola A, Kaltiala R. Transgender identity and externalizing symptoms and problem behaviours in adolescence : Y a-t-il un lien ? *Psychiatria Fennica* 2022:53:168-177 https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp-content/uploads/2022/11/Psychiatria_Fennica-2022-Tenhola.pdf
- Huusko S, Työläjärvä M, Kaltiala R. Has general population adolescents' body image changed alongside the increase in the need for gender identity services ? *Psychiatria Fennica* 2022:53:178-189 https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp-content/uploads/2022/11/Psychiatria_Fennica-2022-Huusko.pdf
- Kaltiala R, Karvonen M, Heino E, Työläjärvä M. Sukupuoliahdistus, transgender-identiteetti ja mielenterveys nuoruusiässä. *Duodecim* 2023:139;487-493
- Kaltiala R, Heino E, Marttunen M, Fröjd S. Caractéristiques familiales, identité transgenre et symptômes émotionnels à l'adolescence : A Population Survey Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023, 20, 2948 <https://doi.org/10.3390/ijerph20042948>

- Ruuska SM, Tuisku K, Kaltiala R. Sukupuoliahdistuksen hormonaalinen ja kirurginen hoito nuoruusiässä - hyötyä vai ei ? Suom Lääkäril 2023;78:e37837 (Version anglaise parallèle : Traitement hormonal et chirurgical de la dysphorie de genre chez les jeunes - bénéfique ou non ?
- Kaltiala R, Holttinen T, Tuisku K. Les besoins psychiatriques des personnes souhaitant changer de sexe ont-ils évolué avec l'augmentation de leur nombre ? A register study in Finland. European Psychiatry 2023 : 66(1) : e93, 1-8 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2471> Les besoins psychiatriques des personnes cherchant à changer de sexe ont-ils changé avec l'augmentation de leur nombre ? A register study in Finland | European Psychiatry | Cambridge Core
- Kaltiala R. Les soins d'affirmation du genre sont dangereux. Je le sais parce que j'ai aidé à les mettre en place. The Free Press 30.10.2023 'Gender-Affirming Care Is Dangerous. Je le sais parce que j'ai aidé à les mettre en place». | The Free Press (thefp.com)

Annexe n°12

N°12 Texte de l'audition de José Errasti, professeur de psychologie à l'Université d'Oviedo

La substitution de l'argumentation à la proclamation morale. Le sophisme des phobies.

Je voudrais commencer par remercier les personnes qui nous ont si gentiment invités à présenter nos idées dans ce lieu important. L'élaboration d'une loi réglementant les questions liées au transgenre est problématique dans de nombreux pays et se caractérise par l'absence d'un véritable débat académique et rationnel. Elle est remplacée par une proclamation morale qui exige d'être imposée sans discussion et qui refuse le débat. Le désaccord avec l'approche transactiviste, affirme-t-on, témoigne déjà d'un mal élémentaire chez le dissident qui le rend inapte au débat.

Pour certaines positions politiques, du moins en Espagne, une déclaration comme celle que nous faisons est un acte immoral qui ne devrait pas être autorisé, parce que les arguments présentés par un médecin, un chercheur ou un professionnel ne sont pas motivés par le raisonnement, la lecture ou les données, mais par la haine. Des spécialistes qui ont consacré leur vie à aider d'autres personnes les détestent soudainement. En Espagne, nous n'avons pas été autorisés à nous présenter devant la commission chargée de rédiger la loi sur les transsexuels. En fait, l'un des députés de la coalition gouvernementale nous a traités d'«ordures transphobes».

Comment est-il possible que dans le débat politique, l'argumentation et le raisonnement aient été remplacés par une proclamation morale, où ce qui résout la controverse n'est plus la solidité des arguments présentés, mais le curriculum de victimisation, l'histoire de marginalisation et de souffrance que chaque partie à la discussion peut présenter ? Comment est-il possible que l'on croie que celui qui souffre le plus doit être celui qui a le plus raison ? Comment est-il possible que le fait d'être théoriquement en désaccord avec la personne qui souffre soit confondu avec le fait de nier sa souffrance ?

Nous sommes arrivés à cette dégénérescence en raison du soutien académique aux positions postmodernes qui, partant d'une saine méfiance à l'égard de la rationalité et de la logique classique, ont fini par donner lieu à une dévaluation presque complète d'idées telles que la science, la vérité ou l'objectivité. Le remède a fini par être pire que le problème initial.

Dans cette situation de confusion, la seule certitude qui subsiste est l'émotion de ce-

lui qui proclame l'argument et le statut de primus inter pares qui lui confère son identité personnelle. J'ai fait l'expérience en classe qu'une étudiante lève la main et dit «Moi, en tant que lesbienne, je pense que...». Elle peut alors dire des choses tout à fait vraies - en tant que lesbienne, je pense que Paris est la capitale de la France - mais le support de base de son affirmation est son orientation sexuelle transformée en identité. Et comme elle appartient à un groupe opprimé, l'empathie minimale exige d'accepter ce qu'elle dit.

Pour un militant queer ou woke, la principale valeur de vérité d'une déclaration viendra de la personne qui la fait, puisque les langues ne sont que des constructions idéologiques qui perpétuent les relations de pouvoir et de domination de toutes sortes. Le résultat final est un groupe d'universitaires et de professeurs de sciences humaines qui se croient membres d'une élite qui a découvert que la réalité et la vérité n'existent pas, que le modus ponens est fasciste, que tout ce que nous pensions savoir est faux. Ils reçoivent des bourses, donnent des conférences grassement rémunérées, font de la publicité pour des vêtements, s'accrochent à leur carte d'intellectuel comme un naufragé à une planche. Jamais une position n'a été à la fois si transgressive et si inoffensive.

Un exemple de cette dégénérescence se trouve dans les mots «mâle» et «femelle». Si deux personnes absolument identiques en tout peuvent être un homme et une femme, et si deux personnes absolument différentes en tout peuvent être deux femmes, alors «homme» et «femme» ne signifient plus rien. Si les hommes et les femmes peuvent avoir les mêmes menstruations, éjaculer de la même manière, avorter de la même manière, donner naissance de la même manière, alors ces mots n'ont aucun rapport avec la réalité. «Masculin et féminin sont des continents sans contenu, et être l'un ou l'autre sera un acte d'autodétermination métaphysique et vide par excellence.

Le recul de la pensée fait place au déploiement de la rhétorique. Une nouvelle façon de parler s'impose, pleine d'affirmations déformées («le sexe est assigné à la naissance», «le sexe est un continuum», «on ne peut être ni homme ni femme», «on peut changer de sexe»...), de détournements de termes existants (intersexualité, binarisme, genre, diversité, inclusion, pathologisation...), de tics vides de sens (intersexualité, binarisme, genre, diversité, inclusion, pathologisation...), et des tics vides de sens (utiliser «corps» au lieu de «personnes», utiliser des pluriels pour des mots comme «réalité», «vérité», «enfance», inventer un nouvel usage de nouveaux pronoms qui n'ont rien à voir avec la fonction que le genre grammatical a dans les langues romanes...). C'est laborieux, mais c'est une tâche fondamentale que de démonter cette rhétorique brique par brique.

Un élément fondamental de ces représentations erronées est lié à l'utilisation du

mot «phobie» dans les polémiques politiques et médiatiques. Nous savons tous que les phobies sont des troubles psychiatriques classiques dans lesquels une personne éprouve une réaction de peur insurmontable face à certains stimuli qui sont en principe inoffensifs. Cependant, depuis quelques années, le mot «phobie» (peur) a pris un nouveau sens et est devenu «haine», de sorte que les opinions des gens indiquent désormais leurs particularités mentales, en particulier leurs troubles mentaux ou leurs défauts phobiques.

La simple invocation d'une phobie chez le dissident la rend déjà vraie : quand on accuse quelqu'un de quelle phobie - aporophobie, fatphobie, xénophobie, lesbophobie, énébophobie, plumophobie, biphobie, putophobie, surrophobie - il en souffre. Si on le reconnaît, on en souffre ; si on le nie, on en souffre davantage. L'accusation de phobie est une prophétie auto-réalisatrice, un acte performatif.

Cependant, il faut bien préciser que l'accusation de phobie rompt la logique du débat traditionnel en remplaçant la réfutation des arguments de l'interlocuteur par un appel à de prétendues incapacités émotionnelles qui le rendraient inapte à parler ou à une intention malveillante dans l'argumentation. Les arguments en «-phobie» transforment tout débat en une dispute personnelle. Ils cherchent à gagner en rhétorique ce qu'ils perdent en argumentation. Ce n'est pas une façon d'argumenter, c'est une façon de dire «tais-toi, tu n'es pas qualifié pour donner une opinion sur ce sujet, sors du débat».

Selon la loi espagnole, la présentation d'idées telles que celles que je présente dans cet exposé est soumise à l'évaluation d'un organe administratif, qui décidera si nous sommes en présence d'un «crime de haine», d'un «crime transphobe» passible d'amendes sévères et de déchéances professionnelles.

La transphobie est la néophobie par excellence. Examinons les symptômes qui indiquent la transphobie d'un individu :

- Croire que les personnes qui donnent naissance aux bébés sont leurs mères.
- Croire que les bébés naissent déjà avec un sexe.
- Défendre l'idée qu'une femme lesbienne ne devrait pas avoir à faire une fellation à une personne ayant un pénis, quelle que soit son identité de genre.
- Refuser que les enseignants de maternelle surveillent le comportement de leurs élèves selon qu'il est conforme ou non au genre.
- S'opposer à ce que les violeurs de femmes purgent leur peine dans des prisons pour femmes si l'on découvre qu'ils sont des femmes.
- Penser que seules les femmes ont des règles, penser que seuls les hommes éjaculent
- Se demander si le terme «personnes transgenres» désigne les personnes transsexuelles ou transgenres.
- Refuser d'appeler le vagin «le trou du front».

- Croire qu'être une femme n'est pas un sentiment.

Toute personne qui présente deux ou trois de ces symptômes peut être diagnostiquée comme souffrant d'un trouble qui porte les stigmates des termes psychiatriques, mais qui, dans la pratique, remplit la fonction du nouveau péché. Tout comme l'identité de genre est la nouvelle âme, la transphobie est le nouveau péché originel, que nous avons tous eu et dont nous pouvons peut-être nous racheter grâce à l'illumination de la religion woke et queer.

Nous terminons par une idée qui semble presque être un jeu de mots, mais qui peut expliquer en partie comment nous avons pu arriver jusqu'ici. Il s'agit de l'idée de transphobie. Il ne s'agit pas tant de personnes qui craignent ou haïssent les transsexuels que de personnes qui paniquent à l'idée d'être considérées comme transphobes. Bien sûr, ce n'est pas le cas. La panique concerne une campagne sur Twitter, une campagne contre leurs étudiants, leur public, leurs électeurs. Bref, la panique de l'annulation. Cette terreur les conduit à accepter les hormones et les opérations chirurgicales sur les mineurs, les régressions des droits des femmes et des mineurs, le retour des idéologies rétrogrades qui naturalisent les stéréotypes sexuels convertis en identités de genre, le saut dans le vide de toutes les logiques les plus élémentaires, tout ce qu'il faut pour être enveloppé dans ce nuage trouble et diffus des personnes qui ne sont pas à l'avant-garde des libertés sexuelles. Ils oublient que l'identité de genre n'a rien à voir avec les orientations sexuelles. Ils savent que cette question fonctionne de manière totalement irrationnelle et que des évolutions très sérieuses sont en cours dans les domaines de l'éducation, de la médecine et de la psychologie. Mais la seule chose qui compte pour eux, c'est de ne pas faire de déclaration, de ne pas être éclaboussés. La transphobophobie.

Certains pays commencent à corriger des législations imprudentes, imposées davantage pour des raisons de naïveté idéologique que de solidité conceptuelle et sociale. D'autres pays s'obstinent à vouloir conformer la réalité à leurs clichés moraux ignorants. Vous, en France, avez l'occasion de reprendre la tête d'une Europe rationnelle et progressiste, comme vous l'avez fait à plusieurs reprises dans le passé.

Il est essentiel que vous compreniez que cette question n'est pas un nouveau chapitre de la bataille entre la droite et la gauche. Il s'agit d'une question plus générale, où sont en jeu des considérations et des idées fondamentales pour la construction commune d'une société pour nous tous sur une réalité que nous construisons également ensemble.

Je vous remercie de votre attention. Je reste à votre disposition.

Annexe n°13

N°13 Texte de Silvia CARRASCO

Des salles de classe aux hormones: l'idéologie transgenre contre le développement libre et sûr de l'enfance

Silvia Carrasco, Departament d'Antropologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona

Bonjour, un grand merci à la Sénatrice Jacqueline Eustache-Brinio et au Groupe de travail sur la transidentification des mineurs, ainsi qu'au Professeur Céline Masson et Dr. Caroline Eliacheff, cofondatrices de l'Observatoire de la Petite Sirène pour avoir suggéré mon nom pour présenter dans cette enceinte certains résultats de les études que j'ai menée et coordonnée en Espagne avec des collègues chercheuses dont entre lesquelles il en y a qui ne peuvent pas révéler leurs noms. Je suis très honorée parce que dans mon propre pays, la Commission pour l'égalité du Congreso de los Diputados en Espagne, qui aurait dû écouter les voix des experts avant d'approuver la loi trans, nous a empêchés de le faire, en prétendant qu'il était nécessaire de passer par la procédure parlementaire en urgence, avec la complicité absolue des médias publics, qui nous ont complètement réduits au silence.

Je vais commencer pour affirmer que les enfants trans n'existent pas, mais qu'ils sont fabriqués à grande échelle des salles de classe aux services de santé et aux hormones. Dans ma présentation, je vais fournir des preuves de cette affirmation. Ce qu'on apel en un syndrome culturellement ou socialement construit.

Contexte

Malgré les protestations incessantes du mouvement féministe et les études montrant les conséquences négatives pour les droits des femmes et des enfants, mais aussi pour les homosexuels et les personnes qui souffrent de dysphorie et rejettent leur corps sexué, une loi trans d'État a été adoptée en Espagne le 28 février 2023. Les trois axes de cette loi sont clairs : 1) l'autodétermination, c'est-à-dire le choix du sexe légal, dans le recensement et dans le document d'identité à toutes fins utiles, car la catégorie objective du sexe est éliminée et remplacée par la catégorie subjective de l'identité de genre, basée sur des stéréotypes sexistes, qui transforme en lettre morte les politiques d'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines ; 2) l'interdiction du diagnostic et de l'approche psychothérapeutique du malaise corporel, la soi-disant «dépathologisation» de la dysphorie de genre, non

pas comprise comme une oppression contre les femmes, comme le fait la Convention d'Istanbul contre la violence, mais redéfinie comme une identité, avec des amendes et des sanctions de disqualification pour les professionnels de la santé qui ne suivent pas le modèle affirmatif souhaité par le sujet; 3) la criminalisation de la divergence par rapport à cette croyance, car la divergence est considérée comme un crime de haine, la transphobie, et la charge de la preuve est inversée, ce qui va à l'encontre du principe fondamental de l'État de droit, qui est le maintien de l'innocence et l'obligation de prouver la culpabilité par des evidences.

Lorsque on a commencé à enquêter sur cette prétendue urgence législative, on a découvert avec étonnement qu'en réalité, la loi trans espagnole n'introduit qu'une seule nouveauté, le choix légal du sexe dans le recensement: la soi-disant thérapie affirmative et l'accusation de transphobie si cette croyance n'est pas partagée se trouve déjà dans les 40 règlements et protocoles trans approuvés depuis 2014 par les portes dérobées des parlements régionaux, qui ont des compétences complètes en matière d'éducation, de santé et de justice, sans aucun débat social, ni dans les bases des partis, et sans information publique. Ou avec des informations déformées qui présentaient les nouvelles réglementations comme des avancées pour les droits des personnes homosexuelles, une idée avec laquelle tout le monde y était d'accord.

Je vais maintenant vous raconter comment j'en suis venue à enquêter sur le transgendérisme et à reconstruire l'itinéraire qui pousse tant des enfants et d'adolescents de la salle de classe aux hormones en Espagne. Mais, bien que je considère que l'accès aux hormones est la consolidation du recrutement à vie de filles et garçons qui a lieu après la séduction et la légitimation idéologique dans les écoles et les lycées, je vous allez présenter les résultats de l'étude en commençant par les données quantitatives sur l'augmentation des cas qui on était traité dans un service spécialisée pour "personnes trans*" seulement dans la communauté autonome de Catalogne. Pour quoi? Parce que le transactivisme soutiens que l'augmentation de cas est simplement l'émergence naturelle de cas préexistents comme résultat d'un mieux ambience de tolérance fait possible par les lois et non par une induction planifié a grand échelle. On va voir après que ce ne pas le cas.

L'accès aux hormones, la consolidation du recrutement à vie.

Une groupe de chercheuse féministes (liées à la Confluencia Movimiento Feminista), a décidé de demander à tous les conseils régionaux des données sur les traitements hormonaux et les interventions chirurgicales par âge, par sexe et par année, puisque les soins de santé en Espagne sont entièrement dévolus aux régions autonomes. Les données ne sont pas arrivées, mais notre association en Catalogne, Feministes de Catalunya, a été très insistante et a fait appel au bureau qui garantit l'accès à l'information publique des données de l'administration à des fins de re-

cherche et, après plusieurs réunions, nous avons obtenu une base de données qui nous a permis d'effectuer un traitement statistique descriptif. Notre objectif était de connaître l'ampleur du phénomène trans et ses caractéristiques depuis la mise en œuvre du soi-disant «modèle affirmatif», que les protocoles de santé avaient rendu obligatoire, seule réponse possible.

Comme toutes les législations basées sur l'idéologie transgenre, la loi trans catalane adoptée en octobre 2014 préconise le soi-disant «modèle affirmatif» de traitement de la dysphorie de genre, qui repose sur l'autodiagnostic de la personne, quel que soit son âge, en croyant qu'elle peut être née dans le mauvais corps, et le traitement ultérieur pour adapter son corps à son «identité de genre ressentie».

Les données ont été fournies par le Département de Santé de la Generalitat de Catalunya sur les cas traités par un service spéciale appelée Trànsit, pour «l'attention aux personnes trans*», entre 2012, l'année où il a commencé à fonctionner, et 2021. Bien que les données présentent quelques irrégularités et n'ont pas été fournies avec le niveau de désagrégation dont nous avons besoin, l'exploitation a reconstruit l'évolution du nombre de cas et les tendances par âge, sexe et type d'intervention ou de traitement (consultation psychologique, traitement hormonal ou chirurgie) lorsque cela était possible. Le rapport est disponible en aussi en français comme annex a cette texte. Il a été envoyé à tous les membres du Parlement catalan et du Congreso à Madrid trois mois avant l'adoption de la loi trans.

Nous savions ce qui se passait dans les pays qui nous entourent. En septembre 2018, le ministère britannique de l'égalité, confronté à une augmentation de 4400% du nombre de jeunes filles demandant un traitement de transition en moins d'une décennie, a commandé une enquête indépendante qui a débouché sur le rapport Cass rendu public au printemps 2022, dont les conclusions ont conduit à une intervention dans l'unité d'identité de genre de la clinique Tavistock-Portman qui s'occupe de la population mineure et à revoir le modèle de prise en charge.

Ils constatent notamment qu'il n'y a pas de registre ni d'évaluation fiable des résultats obtenus avec les traitements appliqués, qui ne font pas l'objet d'un consensus médical et dont les protocoles ont été dénoncés par le personnel, et qu'une approche psychologique prioritaire n'a pas été appliquée sur la base des questions clés pour nous : premièrement, qu'arrive-t-il à ces filles et pourquoi, et deuxièmement, pourquoi y a-t-il une surreprésentation de mineurs présentant des vulnérabilités psychosociales parmi ceux qui demandent des transitions de genre.

En Suède, en 2021, l'hôpital Karolinska a décrété la fin du traitement des enfants avec des bloqueurs de puberté et des hormones transsexuelles après une étude longitudinale, les données montrant que la santé mentale des enfants ne s'améliorerait pas avec le traitement, mais causait au contraire de graves blessures. Depuis,

ils se sont engagés dans une approche psychologique et éthique de la détresse des enfants qui rejettent leur corps, selon leur propre formulation.

En Finlande, depuis 2020, sur la base d'études présentant des résultats similaires dans les services destinés aux mineurs atteints de dysphorie de genre, ils ont décidé d'appliquer des mesures encore plus drastiques, en s'écartant des normes établies par la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) et en optant pour la psychothérapie plutôt que pour tout traitement hormonal ou chirurgical pour les mineurs de moins de 25 ans.

Quelle est donc la situation en Catalogne ?

- Le volume total de cas traités est de plus de 5500 personnes, avec une augmentation exponentielle de plus de 7000% en dix 10 ans: les nouveaux cas par an ont quadruplé entre 2016 et 2021 et seuls ceux de l'année 2021 représentent déjà 25% des cas des dix 10 années analysées.
- L'âge moyen a diminué de 12 ans entre 2012 et 2021, passant de 34 à 22 ans en moyenne.
- Le Servei Trànsit s'occupe de plus en plus de femmes et de mineurs avec un schéma d'âge clairement différencié entre les femmes et les hommes qui révèle des cas très différents
- -Parmi les mineurs âgés de 0 à 9 ans, les garçons prédominent.
- -Dans les groupes d'âge de 10 à 14 ans et de 15 à 25 ans, ce sont les filles qui prédominent.
- -Dans le groupe des plus de 30 ans, les hommes prédominent, représentant plus de 70 % du total.
- Il y a donc un changement accéléré dans la structure démographique de la population desservie : → des hommes aux femmes → des adultes aux mineurs. La majorité des cas mineurs sont des filles, la majorité des cas plus âgés sont des hommes.
- L'augmentation est alarmante chez les préadolescentes et les adolescentes. 70 % des cas dans les groupes d'âge 10-14 ans et 15-18 ans sont des filles. Bien que l'augmentation soit également alarmante dans le cas des garçons, rien qu'entre 2015 et 2021, il y a eu une augmentation de 5700 % des filles âgées de 10 à 14 ans parmi les cas traités par le service Trànsit.
- Le pourcentage de cas où le sexe des personnes traitées n'est pas enregistré est tout aussi alarmant, atteignant plus de 10 % dans ces mêmes groupes d'âge. D'après les tendances observées et la triangulation avec les données d'autres sources (qui parlent de non-binaires), on peut déduire qu'il s'agit de filles.
- La plupart des cas traités reçoivent un traitement hormonal; en effet, dans

un rapport de 2016, le service Trànsit lui-même reconnaît que dans 87% des cas, des hormones sont prescrites lors de la première visite.

- Ces résultats alarmants soulèvent de nombreuses questions :
- Pourquoi y a-t-il de plus en plus de cas où le sexe n'est pas enregistré ? Est-ce le ministère de la santé qui fixe les critères de collecte des données ou est-ce à la discrétion de chaque unité ? Comment est-il possible que le sexe de la personne traité ne soit pas enregistré dans un acte médical qui, de surcroît, est centré sur les caractéristiques sexuelles ?
- Le ministère de la santé dispose-t-il de données sur la portée du modèle affirmatif en pédiatrie, sans passer par Transit ? Et dans les soins de santé privés ? Combien d'enfants et d'adolescents reçoivent des traitements hormonaux dans les services de pédiatrie ? Combien des filles adolescents subissent des mastectomies ? Pourquoi on a pas reçu cette information essentiel ?
- Quelles sont les preuves scientifiques à l'appui de ces traitements et les effets secondaires ? Sont-ils étudiés chez les enfants traités par Transit ?
- Combien de temps s'écoule-t-il entre la première visite et le début d'un traitement hormonal chez les mineurs ?
- Comment se fait l'orientation, c'est-à-dire comment les enfants traités finissent-ils par arriver au service Transit ? Quel est le rôle des centres éducatifs et des organisations transactivistes ?
- Quelles sont les trajectoires de traitement ? Quel est le suivi effectué après la prescription d'un traitement hormonal et jusqu'à quand est-il suivi ?
- Y a-t-il des personnes qui, après avoir commencé le traitement, ont voulu l'abandonner ? Quel est le protocole d'action dans ce cas ?
- Mais surtout, à quoi le ministère de la santé attribue-t-il le changement marqué de la composition démographique des personnes suivies par le Servei Trànsit, et cette augmentation exponentielle du volume global, ainsi que du nombre de mineurs et, surtout, d'adolescentes ?

Comment est-il possible d'adopter des lois sur ces questions sans avoir au préalable collecté et analysé toutes ces informations sur la santé physique et mentale des mineurs traités ?

Le peu de données disponibles dans d'autres sont tout aussi et décrivent les mêmes tendances. Les lois trans et le modèle affirmatif qu'elles promeuvent face au malaise des mineurs par rapport à leur corps constituent une véritable atteinte à leur intégrité et à leur développement. En fait, bien que nous ayons finalement reçu des données disparates et difficilement comparables, nous avons réussi à produire le rapport **L'IMPACT DU MODÈLE AFFIRMATIF SUR LA SANTÉ DES ADULTES ET DES MINEURS EN ESPAGNE** en janvier 2023 et nous l'avons également envoyé à tous les députés du Congreso et du Senado, et il est publié et disponible en ligne.

Maintenant, a les salles de classe s'avait produit un processus de séduction et légitimation sous-jacent a cetttes idées.

En septembre 2019, j'ai pris conscience pour la première fois de ce qui se passait, bien que j'aie eu des indications antérieures de l'émergence inattendue de ce sujet dans les réunions scientifiques sur les enfants et la diversité, jusqu'alors limitées à la diversité culturelle, linguistique et fonctionnelle et à sa relation avec les inégalités éducatives et la nécessité d'une plus grande inclusion, mon sujet de recherche depuis 25 ans.

Mes collègues enseignantes aux écoles et lycées étaient réellement préoccupés par l'augmentation de la violence à l'encontre des filles et le déni de la violence chez les garçons de plus en plus jeunes et donc ont observé avec joie mais aussi avec surprise ce qui semblait être un plus grand engagement des autorités éducatives en faveur de la coéducation, c'est-à-dire de l'éducation à l'égalité entre les femmes et les hommes, qu'ils n'avaient jamais prise très au sérieux. En réalité, mes collègues ont découvert que le contenu des séminaires de formation n'avait rien à voir avec les recommandations féministes en matière d'éducation, mais plutôt avec l'introduction du concept d'identité de genre et de diversité sexuelle, c'est-à-dire la prise de conscience et la nécessité d'une formation et d'une adaptation des écoles à ce que l'on appelle la «réalité trans» : l'existence d'élèves qui souffrent parce que leur véritable identité ne correspond pas aux caractéristiques sexuelles masculines ou féminines de leur corps. Une réalité présumée qui est présentée comme étant largement ignorée et qui exige une attention et une inclusion urgentes. Le langage est très important, aucun mot n'est utilisé par hasard.

Heather Brunskell-Evans et Michèle Moore soutiennent que l'existence d'une enfance trans est le prétexte parfait pour le transactivisme adulte - celui des hommes autogynephiles qui ne coïncident généralement pas avec les patients dysphoriques traditionnels -, pour exiger des lois qui, comme ils disent, «réduisent les souffrances des enfants le plus tôt possible». Il était urgent de se concentrer, donc, sur les modes de production des enfants transgenres.

J'ai coordonné un équipe de l'association des enseignantes féministes pour la coéducation, DOFEMCO, issues de tous les niveaux d'enseignement et de toutes les régions d'Espagne et après 3 ans de recherche on a publié en novembre 2022 LA COEDUCATION SEQUESTREE, CRITIQUE FEMINISTE À LA PENETRATION DES IDÉES TRANSGENERISTES EN EDUCATION à partir de travail du terrain et documentaire sur toute l'Espagne.

Au travers de 7 chapitres, on analyse ce qui suit :

Le contexte :

Nous sommes confrontées à une offensive très bien financée par le capital des grandes entreprises pharmaceutiques contre les droits des femmes et des enfants parce que nous sommes devenues la matière première de ce que j'appelle le marché de la vie, dans cette nouvelle phase du capitalisme néolibéral et la supplantation de les politiques de redistribution par des politiques d'identité.

Pour rendre non seulement acceptable mais aussi désirable le fait de devenir «trans», l'idéologie transgenre qui transforme des milliers d'enfants en bonne santé en malades chroniques et dépendants d'hormones et d'autres médicaments pour toute leur vie, a bénéficié des idées queer, en particulier de deux :

1) la réduction de toute la réalité du sexe à la performativité, ce qui est socialement agi et construit, rejetant les critères objectifs et matériellement définis ; et **2)** la dissociation du soi et du corps, comme s'il existait une identité immatérielle complètement étrangère à celui-ci. Cette idée est présentée comme une transgression libératrice et rebelle très attirante pour les adolescents.

De plus, cette idéologie se livre à un parfait exercice de resignification de l'agenda féministe pour y parvenir : l'exploitation sexuelle devient un travail sexuel libérateur, l'exploitation reproductive devient un altruisme pour répondre au droit d'être parents, la violence de genre ne s'adresse plus contre les femmes mais contre des groupes opprimés par leur identité de genre parce qu'ils sont dissidents sexuels, disent-ils, du patriarcat, tels que les LGTBI, etc.

Les sphères de pénétration sont au nombre de trois : **1)** les lois et les protocoles qui sont adoptés discrètement et mêlés aux droits, tels que les protocoles éducatifs trans en vigueur dans 14 des 17 régions espagnoles ; **2)** les médias et l'industrie culturelle qui consomment les enfants et les adolescents ; **3)** l'école, qui est un accès assuré à l'ensemble de la jeune génération par le biais de changements dans le contenu des programmes et d'une légitimation académique et sociale de la «nouvelle vérité».

Les enfants et les adolescents, à travers les contenus auxquels ils sont exposés, sont recrutés à travers cinq phases que nous avons identifiées : **1)** la dissociation corps/identité comme réalité ; **2)** le sexe comme spectre pour «dépasser le corset répressif du binarisme» ; **3)** la découverte de sa propre identité ; **4)** la transgression hors du binarisme et sa célébration sociale parmi les pairs et l'environnement comme une nouvelle identité ; **5)** la prise de conscience, de fausse conscience, d'appartenir à un collectif opprimé qui affronte le système par le fait d'«être», d'être «trans».

La stratégie :

On analyse ici les medias et reseaux sociales, les lois et les protocoles éducatifs dans leurs contenus et redéfinitions.

La propagande de la «nouvelle réalité trans» se multiplie dans tous les médias et dans l'industrie culturelle audiovisuelle, même dans la programmation des dessins animés pour enfants ainsi que dans les actualités et les documentaires, les réinterprétations de l'histoire, l'inclusion de personnages trans, qui sont toujours très bons même dans les adaptations audiovisuelles d'œuvres littéraires qui n'avaient pas du tout de personnages trans. La création d'icônes trans et l'influence des youtubers trans.

Les protocoles éducatifs introduisent des idées anti-scientifiques dans les matières, déjà présentes dans de nombreux manuels, telles que : on peut naître dans le mauvais corps, l'espèce humaine n'est pas binaire, on peut changer de sexe, le genre est une identité, le sexe est attribué à tort «juste en regardant les organes génitaux», l'orientation sexuelle est comme l'identité de genre, il y a des cerveaux de garçons et des cerveaux de filles (une grande contradiction...) et selon les préférences dans les jeux, les vêtements et les amitiés, on sait si un enfant est un garçon ou une fille.

Tous les établissements d'enseignement sont encouragés à exposer les élèves à des exercices de «sensibilisation» pour découvrir leur véritable identité, exercices qui sont dispensés par des associations transactivistes directement au sein de l'école, jamais vu avant à l'exception de l'église ou d'organisations ideologiques dans les régimes totalitaires. Ils sont également encouragés à adapter les installations, par exemple les toilettes dites inclusives (bien que la recherche montre le grave danger pour toutes les filles et tous les garçons dont la masculinité n'est pas normative), les activités sportives en fonction du genre ressenti, les règlements et les formulaires afin que l'identité ressentie puisse être exprimée, etc. Mais le plus grave est que l'on demande aux enseignants de signaler si les familles acceptent ou non l'identité de genre de leurs enfants, car si ce n'est pas le cas et que, par exemple, ils proposent un examen psychologique, un dossier peut être ouvert pour maltraitance avec de graves conséquences. Il en va de même pour les enseignants qui «n'affirment» pas les autodiagnostic de l'enfant ou qui posent des questions.

Bien sûr, la coéducation est pervertie, et il ne s'agit plus de vaincre l'androcentrisme dans les programmes scolaires ou d'éduquer à la prévention des violences contre les femmes, mais de prévenir la lgtbphobie.

De nombreuses nouvelles lois d'État, telles que la loi sur la protection des enfants contre la violence, la nouvelle loi sur l'éducation, la loi sur le sport, etc, introduisent le concept d'identité de genre. Il n'est pas surprenant parce que des organisations comme Save the children promeuvent un nouveau droit pour les enfants : le droit de recevoir une thérapie hormonale pour vivre pleinement leur identité de genre.

L'impact :

Toute cette idéologie doit être mise en œuvre dans les écoles par les enseignants et respectée par les familles. Nous avons analysé l'impact de tout cela sur les écoles, les collèges, les universités et les familles en nous basant sur des cas réels à tous les stades de l'éducation. Nous avons analysé les manuels scolaires, les activités en classe, les cours et ateliers de «sensibilisation» des enseignants, le contenu de la formation des enseignants dans les universités, les programmes des concours pour les postes d'enseignants publics dans l'enseignement pré-universitaire, etc.

Cette imposition idéologique viole le droit à la liberté d'expression et à la liberté académique et met en danger les droits du travail des enseignants, face au silence ou à la collaboration des syndicats. Il s'agit d'une véritable instrumentalisation et censure des enseignants, qui deviennent le principal véhicule involontaire de l'idéologie transgenre. D'autre part, les autorités éducatives recommandent aux enseignants d'orienter les «élèves qui pensent être trans» vers des associations transgenderistes...

L'analyse des associations de familles trans financées par des fonds publics et privés nous a également permis d'observer la pression et le chantage qu'elles font sur les familles confrontées au choix entre «l'affirmation de la nouvelle identité de leurs enfants» et «le risque élevé de suicide». Nous avons recueilli des informations sur les activités qu'elles mènent pour créer une «communauté trans», par exemple des conférences et des sorties, voire des camps pour les enfants trans. Par exemple, dans la seule ville de Malaga, il y a eu 4 camps trans pendant l'été 2022. Et dans une ville de 200 000 habitants comme la mienne, il y a trois associations trans, pour les parents, les jeunes et les jeunes enfants, qui reçoivent des subventions et auxquelles sont adressés les cas consultés à l'hôpital local.

Dans les réseaux sociaux, les adolescents reçoivent des instructions sur la manière de traiter avec leur famille, sur les phrases et les arguments à utiliser, et sur la manière de rejoindre «une autre famille» qui les aimera tels qu'ils sont, avec des personnages qui se présentent, comme un cas bien connu, comme la maman internet, qui aide même à obtenir des *binders* et des hormones à l'insu des familles.

Nous consacrons un chapitre important à l'impact de l'idéologie transgenre sur l'enfance et l'adolescence. Nous analysons ici comment les enfants sont diagnostiqués et comment l'information est réinterprétée sur la base de l'idéologie, en se substituant aux professionnels de la psychologie et en favorisant l'«auto-diagnostic» de chaque mineur après les exercices d'induction pour «explorer sa propre identité de genre» qui complètent la grande transformation scolaire.

Le nombre de cas augmente de façon exponentielle à l'adolescence, séduite par la doctrine queer et, finalement, captive de Big Pharma. Dans de nombreux cas

analysés, il est possible d'observer l'existence de situations de vulnérabilité psychosociale, dues à des problèmes conjoncturels, familiaux ou de personnalité (abus, violence, séparations, existence d'autres problèmes mentaux, etc.), qui trouvent typiquement une histoire et une proposition comme réponse à de multiples malaises difficiles à gérer à l'adolescence. Mais les choses se passent souvent très simplement parce que toutes les sphères de la propagande se rejoignent. Voire, par exemple, le cas d'Aitor, le nouveau nom "de garçon" d'une fille qui a «découvert» en classe à l'âge de 5 ans qu'elle était un garçon en faisant les exercices très sexistes d'exploration de son identité de genre - elle aimait grimper, jouer au football, porter des pantalons et des cheveux courts comme son frère, elle ne voulait pas être comme sa sœur aînée, etc. Elle en a parlé à son professeur, qui a célébré son «coming out» devant toute la classe, a appelé sa famille, qui croit fermement en l'autodétermination, a emmené la fillette à Naizen, l'association basque de familles trans, puis à l'unité de traitement de l'identité de genre, a suivi les rituels consistant à «donner tous ses vêtements de fille», à se couper les cheveux, à changer de nom, à donner des interviews aux médias... Finalement, elle a commencé à prendre des bloqueurs à l'âge de 9 ans, au début de la période de Tanner 2. D'autre part, il y a de nombreux cas d'adolescentes qui ont subi des abus sexuels et/ou qui commencent par se déclarer non binaires, fuyant la féminité, la condition de femme... Et nous avons observé des filles qui, lorsqu'elles commencent à vivre comme des garçons trans et à avoir une petite amie, se comportent même de manière sexiste et méprisante à son égard, imitant le comportement regrettable de nombreux garçons... Est-ce que ce comportement fait parti d'une identité?

Le chemin est clair: médias et réseaux, lois et protocoles, en passant par les salles de classe, jusqu'aux hormones, avec une surreprésentation des filles par rapport aux garçons et sans que personne ne pose de questions.

Notre étude propose une récupération de la véritable coéducation, de l'éducation féministe et une réflexion sur l'importance du féminisme en tant que critique et résistance politique à l'avancée de cette offensive. Ce n'est pas un hasard si le livre ne peut pas être exposé dans les vitrines des librairies, si beaucoup refusent de faire des présentations et si la police doit venir nous protéger lorsque nous sommes invitées à le faire.

En effet, faire taire les femmes est un slogan classique du patriarcat de tous les temps, au moins maintenant ils ne nous coupent pas la tête comme Olympe de Gouges!

Pour finir

En janvier 2023, le Conseil qui réunit toutes les associations professionnelles de médecins de Catalogne a présenté un document avec leur prise de position mettant

en garde contre la prescription de médicaments non indiqués sur l'étiquette à des mineurs en bonne santé physique. Ils citent notre étude qui montre l'augmentation de cas de mineurs transidentifiés com la reference en Catalogne. En fait, aucun médicament destiné à alimenter un délire ne peut réduire ce délire, cette approche serait inacceptable dans n'importe quel autre domaine médical, elle ne fait que répondre aux pressions des transactivistes et à leur supposé droit de modifier le corps à volonté, en exigeant des hormones également à volonté.

Mais rien de tout cela n'a pu empêcher l'approbation de la loi.

On ne peut accepter que de plus en plus de mineurs refusent leur corps sexué et, surtout, que de plus en plus de filles, d'adolescentes et de jeunes femmes ne veuillent pas être des femmes parmi des pressions et violences, sans que notre société leur accorde l'attention qu'elles méritent, alors que leur santé est irrémédiablement détruite et qu'elles sont condamnées à la toxicomanie à vie, loin de résoudre les raisons de leur malaise. Il est essentiel qu'une enquête indépendante soit lancée sur tous les services dédiés aux «trans» et que le modèle de traitement soit revu : nous devons pouvoir poser les questions clés, comme l'exige toute enquête scientifique, même si nous en sommes aujourd'hui empêchés par la loi trans en Espagne, car ce n'est pas de la transphobie contre les Droites Humaines, c'est de la responsabilité politique.

Pour toutes ces raisons, la position adoptée par la France face à cette offensive international contre les femmes et les mineurs est de la plus haute importance: ce n'est que par l'application de la raison que seulement peut se développer dans la liberté de pensée que l'on pourra arrêter ce délire si bien installé et rentabilisé dans nos sociétés contemporaines avec de clairs bénéficiers.

Merci beaucoup.

References

Carrasco, S. (coord.), Ana Hidalgo; Araceli Muñoz; Marina Pibernat. (2022, 3^a ed 2023). *La Coeducación secuestrada. Crítica feminista a la penetración de las ideas transgeneristas en la educación*. Barcelona: Octaedro. <https://octaedro.com/wp-content/uploads/2022/10/09146-MUESTRA.pdf>

Confluencia Movimiento Feminista (2023). *Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España*

Análisis descriptivo de su impacto en personas adultas y menores: <https://movimientofeminista.org/informe-las-leyes-trans/>

Consell dels Col·legis de Metges de Catalunya (2023). *L'atenció a la diversitat de gènere en persones menors d'edat*. <https://www.ccmc.cat/Upload/Documents/9/8/9893.PDF>

Feministes de Catalunya (2022). *D'homes adults a nenes adolescents: canvis, tendències i interrogants sobre la població atesa pel Servei Trànsit a Catalunya 2012-2021*: <https://feministes.cat/publicacions/informe-transit-catalunya-2022> [avec des liens vers les sommaires executifs en français et en anglais]

Annexe n°14

N°14 SOS éducation : Lettre au rectorat de parents

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Recommandé AR

A : Monsieur Le Recteur de l'Académie de Paris

Paris, le 17 janvier 2022,

Monsieur le Recteur,

Nous souhaiterions vous informer des problèmes que nous rencontrons dans la scolarité de notre fille [REDACTED], élève de Seconde au lycée Carnot, Paris 17ème.

Nous nous trouvons avec cet établissement dans une impasse et nous sommes désespérés par l'attitude du Proviseur [REDACTED] et du corps enseignant.

Notre fille, mineure de 15 ans, a obtenu à notre insu, que tout le corps enseignant l'appelle par un prénom masculin ([REDACTED]) et s'adresse à elle également au masculin et ce, depuis le premier jour de la rentrée scolaire au mois de septembre. Sa professeur principale [REDACTED], nous a appris que tous les enseignants avaient reçu comme consigne l'usage de ce prénom masculin, par la CPE de l'époque, [REDACTED].

Elle a ensuite obtenu une carte de lycéen avec ce prénom « [REDACTED] ». Ceci a été fait, encore une fois à notre insu et au mépris de nos droits.

Dès que nous avons eu connaissance de ces faits, nous avons demandé un RV en urgence avec le proviseur. Il nous a reçu le 6 décembre 2021. Il a reconnu les faits et sa responsabilité. Il a reconnu être en tort et nous a présenté des excuses et **il nous a assurés qu'il mettrait fin à ces pratiques en prévenant tous les enseignants de [REDACTED]. Une semaine plus tard, la carte de lycéen a été en effet corrigée comme il se doit.** Un mois après, soit le 6 janvier 2022, sa professeur principale [REDACTED], avec qui nous avons rendez-vous, n'était toujours pas au courant de la situation. Elle nous a assuré qu'elle préviendrait tous les enseignants et leur demanderait de ne plus l'appeler autrement que par son prénom de l'Etat Civil.

Vendredi soir 14 janvier, [REDACTED] m'a confirmé que tous ses enseignants continuaient bien de l'appeler [REDACTED]. Alors que s'est-il passé entre le 6 janvier et le 14 janvier puisque cette situation est stationnaire ?

Nous nous estimons trompés et abusés : la dichotomie est totale entre le discours que l'on nous tient, et la réalité de ce que vit [REDACTED] au quotidien dans cet établissement.

Le lien de confiance est rompu. Nous avons le sentiment de ne pas exister en tant que parents. Nous sommes devant une situation invivable, nous nous sentons désespérés et transparents.

Nous sommes devant une violation manifeste de nos droits, en opposition totale avec le code civil et accessoirement le respect de la circulaire Blanquer qui indique expressément que " En tout état de cause, l'établissement, bien que soucieux de l'accompagnement de l'élève, ne peut opérer un tel aménagement sans l'accord des représentants légaux. L'exercice de l'autorité parentale, qui recouvre un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant, ne saurait être remis en cause." (§2b).

Quelle solution pourriez-vous nous apporter, afin de débloquer cette situation ? Par ailleurs, du fait de ce changement de prénom accepté par l'autorité éducative, [REDACTED] a été victime de moqueries et de harcèlement. **Il nous paraît dès lors indispensable que [REDACTED] soit scolarisée dans un autre établissement.**

Je puis vous assurer M. le Recteur, que nous n'entamons pas ces démarches de gaieté de cœur : [REDACTED] est à Carnot depuis la 6ème, très bonne élève, elle y est heureuse et intégrée. Jamais nous n'avions demandé un rendez-vous avec un enseignant depuis toutes ces années.

Sa moyenne de l'année dernière en 3^{ème} est d'environ 16,7. Elle a eu la mention Très bien au BEPC avec 732 points sur 800 et elle a reçu les Félicitations sur son bulletin du premier trimestre de Seconde.

Ci- après, la copie du mail que nous avons adressé au proviseur [REDACTED], le mercredi 12 janvier dernier :

« M. Le Proviseur,

Nous vous avons vu le 6 décembre dernier dans votre bureau au sujet de la carte de lycéen de notre fille [REDACTED] qui a été faite avec un prénom masculin qui n'est pas le sien. Nous vous avons informé avoir découvert que de nombreux enseignants l'appellent par ce prénom et lui écrivent au masculin ainsi que dans des corrigés dactylographiés de ses copies.

Tout cela a été fait dans votre établissement, dans l'illégalité la plus complète et au mépris de la circulaire Blanquer qui prévoit de demander l'accord écrit des 2 parents pour toute modification de prénom d'un élève mineur. Je vous rappelle également que le code civil interdit toute modification de prénom chez un mineur sans l'accord des parents et ce code prévaut sur cette circulaire Blanquer.

Vous nous aviez assuré la convoquer le lendemain pour lui remettre une carte à son prénom correct et il n'en a rien été : une semaine après elle était toujours en possession de sa "fausse" carte et c'est [REDACTED] qui s'est chargé de faire l'échange des cartes le mardi 14 décembre. D'autre part, vous nous aviez assuré que vous informeriez PERSONNELLEMENT tous les enseignants de [REDACTED] sur l'interdiction formelle pour eux d'utiliser un autre prénom que le sien et à ce jour, le 12 janvier, vous ne l'avez toujours pas fait. En effet, nous avons été reçus par [REDACTED], Professeuse principale de [REDACTED], il y a 6 jours soit le jeudi 6 janvier 2022, et nous avons constaté avec effarement qu'elle n'était pas au courant de la situation. Il apparaît donc évident que vous ne prenez absolument pas la mesure de la gravité de cette situation et de votre responsabilité.

Cela a bien assez duré. Vous avez commis une faute professionnelle grave : vous avez enfreint la loi, et vous ne faites rien pour corriger ses conséquences et faire cesser l'utilisation d'un prénom masculin pour notre fille.

Compte tenu des normes protectrices de l'enfance, je demande à ce que la loi soit respectée pour mon enfant et que seul son prénom légal et son sexe déclaré sur son état civil soient utilisés.

Je vous demande dès demain, d'adresser un mail à tous les enseignants de [REDACTED] (Classe de 2^{nde} [REDACTED]) afin de les informer de cette obligation légale, de la faute qu'ils ont commise en accédant à la demande de notre fille de se faire appeler par un autre prénom que le sien sans notre accord, et de s'adresser à elle au masculin, et je veux figurer en copie conforme INVISIBLE (Cci) de ce mail avec visualisation claire de la liste de tous les enseignants destinataires, afin de vérifier que vous respectez ENFIN vos obligations légales.

Mon adresse mail est : [REDACTED]

Sans réception de ce mail demain 13 janvier à 18H, je porterai cette affaire à la connaissance de la presse nationale en mentionnant le nom du lycée et vous même. Il est de mon devoir de vous prévenir que j'envisagerai alors également de prendre toutes les mesures légales en mon pouvoir pour vous assigner en justice, vous, ainsi que toute l'équipe enseignante de ma fille.

Veillez croire cher Monsieur, en ma détermination bien sincère,

[REDACTED]
Copie à [REDACTED], Professeuse Principale de 2^{nde} [REDACTED]

Notre courrier était effectivement un peu direct mais je pense que vous comprendrez notre effroi et notre énorme désespoir. En retour, voici la réponse reçue le lendemain, donc le 13 janvier, du Proviseur [REDACTED], qui apparemment s'estime parfaitement dans son droit, et n'est donc ni

réconfortant, ni encourageant :

" Monsieur,
j'accuse réception de votre message **d'injonction, d'accusation et de menace**, message que j'ai transmis avec ma réponse à la Division des affaires juridiques du rectorat et à mes supérieurs hiérarchiques, [REDACTED], **Directeur de l'académie**, [REDACTED], **Directrice académique et** [REDACTED], **DAASEN**.

Je vous informe par ailleurs que j'ai tenu une réunion sur le sujet avec l'équipe de la classe ce **lundi 10 janvier à 12 h 30** et que je ne ferai donc pas de courrier électronique, encore moins avec un Cci, ce que je ne fais jamais par respect pour mes destinataires.

Je transmettrai également votre courrier à l'équipe de la classe.

Je vous rappelle par ailleurs, que vous avez demandé à [REDACTED] et moi-même de cacher vos rendez-vous à votre fille et à ne pas l'en informer.

Vous en souhaitant bonne réception.

[REDACTED]

P.S. : Passage de la circulaire pour information : « Si l'élève fait seul la démarche d'aborder la question de son identité de genre auprès d'un personnel de l'établissement, une communication avec les représentants légaux ne doit se faire qu'avec l'accord explicite de l'élève. Le respect de ce principe de confidentialité est en effet capital : dans certains cas, une divulgation non souhaitée de la transidentité du jeune peut l'exposer à un sérieux risque de rejet ou de violence. »--

En espérant que notre demande retiendra toute votre attention, je vous prie d'agréer M. le Recteur, l'assurance de nos plus respectueuses salutations,

[REDACTED]

[Signature]

[Signature]



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Droit civil

Un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médicale?

Can a minor consent to a medical transition pathway?

Olivia Sarton (Juriste, Directrice scientifique de Juristes pour l'enfance)

Juristes pour l'Enfance, 23, rue Royale, 69001 Lyon, France

INFO ARTICLE

Mots clés :
Transition médicale
Consentement (transition médicale)
Mineur (transition médicale)
Transsexualisme (mineur)
Transgenre

R É S U M É

Alors que des centaines d'enfants et adolescents dits transgenres accèdent à des parcours « de transition médicale » lourds de conséquences, la pertinence de l'application des règles du Code de la santé publique relatives à l'information du patient et à son consentement doit être interrogée : dans quelle mesure ces jeunes mineurs sont-ils aptes à comprendre les informations fournies et à donner un consentement libre et éclairé à ces parcours ?

Les controverses médicales qui se font jour sur les conséquences des parcours de transition médicale dont est pointé le caractère expérimental, font peser un lourd doute sur la qualité, la fiabilité et la loyauté de l'information donnée. Par ailleurs, la complexité des informations communiquées à des mineurs ne bénéficiant pas d'une expérience de vie, l'empressement des jeunes patients, l'influence des réseaux sociaux, l'opprobre jeté sur les alternatives thérapeutiques envisageables sont-ils compatibles avec la capacité à donner un consentement libre et éclairé ?

Enfin, s'il ne s'agit pas de soigner une pathologie mais de « concrétiser le droit à disposer de soi-même », peut-on encore revendiquer l'application des règles propres au champ médical? S'il n'existe pas de nécessité médicale ni de motif médical très sérieux, est-il légitime d'accéder à la demande d'un mineur de porter des atteintes irréversibles à l'intégrité de son corps ?

Au Royaume Uni, un millier de familles s'approprieraient à saisir la justice britannique pour négligence médicale, considérant que leurs enfants vulnérables ont été mal diagnostiqués et placés dans un parcours médical de transition préjudiciable. Pourtant ces mineurs avaient été reconnus « consentants ».

Il est temps de peser la pertinence de la sacralisation du consentement du mineur.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

As hundreds of so-called transgender children and teenagers enter "medical transition" processes with serious consequences, the relevance of the application of the rules of the Public Health Code relating to patient information and consent must be questioned : to what extent are these young minors capable of understanding the information provided and giving free and informed consent to these programmes ?

The medical controversies that have arisen concerning the consequences of the medical transition processes, the experimental nature of which has been pointed out, raise serious doubts about the quality, reliability and fairness of the information given. Furthermore, is the complexity of the information communicated to minors who have no life experience, the eagerness of young patients, the influence of social networks, and the censure attached to possible therapeutic alternatives compatible with the capacity to give free and informed consent ?

Finally, if it is not a question of treating a pathology but of "concretising the right to self-determination", can we still claim the application of rules specific to the medical field? If there is no medical necessity or very serious medical reason, is it legitimate to accede to a minor's request to irreversibly damage his or her body ?

Keywords:
Consent (medical transition)
Minor (medical transition); Transition (minor)

Adresse e-mail : Olivetvincent@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.meddro.2022.09.001>
1246-7391/© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : O. Sarton, Un mineur peut-il consentir à un parcours de transition médicale? Méd droit (Paris), <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2022.09.001>

In the UK, a thousand families are reportedly preparing to take legal action for medical negligence, alleging that their vulnerable children have been misdiagnosed and placed on a damaging medical transition course. Yet these minors had been found to be 'consenting'.
It is time to weigh up the relevance of the sacredness of the minor's consent.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Chaque jour en France, des enfants et adolescents accèdent à des parcours dits « de transition médicale » pour conformer leur apparence physique à celle du sexe opposé à leur sexe de naissance. Alors que leur corps est sain et ne nécessite pas de traitement, ils absorbent sur prescription des hormones chimiques dont ils seront dépendants à vie, et qui ont été testées et approuvées par le biais d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une catégorie de population à laquelle ils n'appartiennent pas ; pour certains, ils subissent l'ablation de leurs caractéristiques sexuelles secondaires et de leurs organes génitaux pourtant en parfait état de fonctionnement, ce qui les rend souvent définitivement stériles et sujets à un aléa majeur quant à l'exercice satisfaisant de leur sexualité.

Selon le Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans de janvier 2022 commandé par le Ministre des Solidarités et de la santé à deux acteurs militants de la transidentité [1], 187 mineurs auraient été admis en ALD transidentité en 2020. Mais ce nombre ne recense pas la totalité des mineurs ayant commencé un parcours de transition médicale puisque « certaines personnes trans ne demandent pas l'ALD ». On peut également noter que 2 479 majeurs de 18–35 ans ont été admis en ALD en 2020, sans que le rapport ne précise la tranche d'âge des personnes majeures. Pourtant, il aurait été capital de distinguer la tranche d'âge 18–24 ans de la tranche d'âge 25–35 ans puisque la maturité cérébrale n'est acquise qu'autour de 24 ans selon les neurosciences.

Les hormones sont prescrites aux jeunes mineurs par des médecins et les opérations sont pratiquées par des chirurgiens qui considèrent avoir fourni une information appropriée et avoir recueilli le consentement éclairé de ces enfants et adolescents.

Eu égard aux enjeux, aux risques et aux répercussions sur la vie entière de ces mineurs, leur compréhension de l'information reçue et leur capacité à donner un consentement libre et éclairé à un parcours de transition médicale doivent être interrogées.

1. L'information et le consentement en droit médical

1.1. Dispositions du Code de la santé publique

La loi dispose que toute personne a le droit « d'être informée sur son état de santé »¹, cette information portant sur « les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » Pour les mineurs, ce droit à l'information est exercé par les personnes titulaires de l'autorité parentale, mais ils ont « le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision le concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité ».

L'information doit être loyale, claire et appropriée sur l'état du patient, les investigations et les soins proposés. Tout au long de la maladie, le médecin doit tenir compte de la personnalité du patient dans ses explications et veiller à leur compréhension².

Cette information vise à assurer un consentement éclairé et c'est la personne qui, « avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, prend les décisions concernant sa santé ». Pour un mineur, le consentement à l'acte médical est donné par les titulaires de l'autorité parentale, mais son propre consentement doit « être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision »³.

En matière de transition médicale, il apparaît que le consentement des parents aux actes médicaux ne vise en pratique qu'à valider juridiquement celui du mineur, et il n'est pas rare que les titulaires de l'autorité parentale ne donnent leur consentement qu'à contre-cœur et jusque sous la contrainte d'un chantage au suicide de leur enfant : il s'agit du « récit "transition ou mourir", selon lequel les parents sont informés que leur seul choix est entre "une fille trans vivante ou un fils mort" (ou vice-versa) », ainsi que le rapporte notamment une étude américaine de Stephen B. Levine (psychiatre), E. Abbruzzese (chercheur) et Julia W. Mason (pédiatre) [2].

La justification de l'acte médical s'inscrivant dans un parcours de transition est alors bien fondée, de fait, sur le consentement du mineur. D'où l'intérêt d'interroger la réalité de ce consentement du mineur, au regard notamment de l'information qu'il reçoit.

1.2. Éclairages jurisprudentiels et doctrinaux

L'essentiel du contentieux en matière d'information médicale porte sur le point de savoir si l'information a bien été donnée⁴, et de manière complète : une information imparfaite entraîne la responsabilité du médecin⁵. Mais les juges recherchent aussi la preuve de la compréhension par le patient de l'information donnée. Ils peuvent ainsi retenir que l'information a été comprise au vu de l'attitude de la patiente « bien consciente et attentive »⁶ ou encore estimer que le patient, « en raison de son niveau intellectuel, sa formation et son expérience professionnelle, était en capacité de comprendre l'information qui lui était donnée et de poser les questions lui paraissant nécessaires comme le démontre le niveau d'échange qu'il a pu avoir avec l'expert judiciaire »⁷.

La Haute autorité de santé s'est saisie de la question du consentement dans le cadre des soins psychiatriques. Elle conseille de prendre en compte, pour apprécier la capacité de la personne à consentir aux soins, « au moins quelques critères comme la capacité du patient à recevoir une information adaptée, sa capacité à comprendre et à écouter, sa capacité à raisonner, sa capacité à exprimer librement sa décision, sa capacité à maintenir sa décision dans le temps » [3]. Ces critères peuvent être transposés dans d'autres domaines médicaux que celui des soins psychiatriques.

Le Comité consultatif national d'éthique a souligné dans un avis de 2021 que « l'effectivité du recueil du consentement éclairé est

³ Article L 1111-4 du Code de la santé publique

⁴ Cf par exemple Cour de cassation, Chambre civile 1, 9 décembre 2020, n° 19-22.055

⁵ Cour de Cassation, Chambre civile 1, 6 juillet 2022, n°21-14.939

⁶ Conseil d'État, Juge des référés, Décision n° 448923 du 28 janvier 2021

⁷ Cour d'appel de Montpellier, 9 février 2021, RG n° 17/00233

souvent interrogée. (...) Du fait du développement de nouvelles techniques médicales multipliant les possibilités de dépistage, d'analyse, de diagnostic et de traitement, la finalité du consentement, sa portée, l'horizon médical qu'il introduit, sont de plus en plus complexes. Comment consentir à quelque chose que l'on ne comprend pas ou imparfaitement? » [4]

2. La compréhension de l'information par les mineurs et leur capacité à donner un consentement libre et éclairé à un parcours de transition médicale

La question du CCNE se pose avec une particulière acuité pour des mineurs, qui constituent une population vulnérable (le Préambule de la Convention internationale des droits de l'enfant, ratifiée par la France il y a plus de 30 ans, stipule que « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance »). Dans quelle mesure les mineurs sont-ils aptes à comprendre les informations données et à donner un consentement libre et éclairé? Comment s'en assurer? Comme le relève le CCNE dans son avis du 15 avril 2021, « contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays, il n'existe pas aujourd'hui en France de consensus sur les méthodes qui permettraient d'évaluer rigoureusement les capacités de discernement, ou la capacité d'une personne à donner un consentement en matière de santé ».

En outre, l'information reçue et le consentement donné adviennent dans une relation doublement asymétrique, liée d'une part à l'âge de minorité de l'un des protagonistes, et d'autre part à la relation médicale elle-même, qualifiée par la juriste Sandrine Turkieltaub de « fruit de la vulnérabilité du patient et de l'expertise technique du professionnel » [5]. Dans ces circonstances, le partage de l'information, c'est-à-dire de l'expertise relative à l'acte médical et à ses conséquences, n'est réelle que jusqu'à un certain point. Quant au caractère libre et éclairé du consentement, il est particulièrement difficile à apprécier. Dans son avis du 15 avril 2021, le CCNE précise que pour apprécier les capacités d'un mineur à comprendre l'information et à donner un consentement éclairé, les médecins devraient tenir compte « de sa maturité, du contexte familial, et du degré d'urgence. Juger de la maturité de l'enfant revient à évaluer la conscience de soi émergente, les croyances et les valeurs en développement ainsi que les aptitudes cognitives en cours de maturation, l'identité spirituelle et sociale du patient, ainsi que son aptitude émergente à l'autonomie. »

L'union nationale des associations d'usagers du système de santé, France assos santé, souligne encore qu'un consentement libre et éclairé signifie que « le patient doit bénéficier d'informations loyales, claires et adaptées à son degré de compréhension de la part des équipes soignantes et médicales tout en étant libre de toute pression ou contrainte, effective ou subjective. Donner son consentement éclairé implique de connaître les alternatives thérapeutiques envisageables, c'est-à-dire les autres moyens de traiter le(s) problème(s) de santé rencontré(s) avec leurs avantages et leurs inconvénients » [6].

Ces précisions soulèvent des questions nombreuses sur l'aptitude du mineur à comprendre l'information et à donner un consentement libre et éclairé dans ce parcours très particulier que constitue une transition médicale.

2.1. Qualité, fiabilité et loyauté de l'information donnée?

Un parcours de transition médicale pour un mineur s'articule autour de trois phases : administration de bloqueurs de puberté pour les plus jeunes (dès le stade Tanner 2 de la puberté, soit aujourd'hui aux alentours de 10 ans pour les filles et de 11-12 ans

pour les garçons) ; administration d'hormones croisées à partir de 15-16 ans (testostérone pour les jeunes filles qui se déclarent garçons, œstrogènes pour les garçons qui se déclarent filles) ; et chirurgie partielle : la mastectomie (ablation des deux seins) peut être effectuée en France pour les jeunes filles à partir de 14-15 ans. À ce jour, les autres types de chirurgie (opérations de chirurgie faciale et ORL (cordes vocales, pomme d'Adam) pour les garçons), ainsi que les opérations sur les organes génitaux pour les deux sexes semblent être repoussés à la majorité.

Or, il existe aujourd'hui à travers le monde des controverses médicales très fournies sur les conséquences des parcours de transition médicale dont est pointé le caractère expérimental [7]. Les informations disponibles jusqu'ici sont désormais remises en cause, qu'il s'agisse des bienfaits des parcours de transition sur la santé psychique des mineurs, des effets inconnus des bloqueurs de puberté administrés en dehors du cadre des autorisations de mise sur le marché et pour une durée supérieure à la durée maximale de deux ans ou des effets secondaires des hormones croisées [8-11].

Compte-tenu de ces controverses importantes, il est permis d'interroger la qualité, la fiabilité et la loyauté de l'information donnée puisque même les médecins et scientifiques ne sont pas d'accord entre eux, et que les controverses ne sont bien souvent pas exposées aux mineurs [12]. Des jeunes qui détransitionnent témoignent du caractère expéditif des consultations médicales qui ne leur permettraient pas de poser des questions ni d'exposer leurs doutes [13], certains médecins n'hésitant pas à balayer leurs incertitudes avec des affirmations catégoriques : « Plus vite ce sera fait, mieux ce sera, les traitements sont réversibles, vous n'avez aucune raison d'attendre. » [14]

2.2. La difficulté d'appréhender des informations complexes sans rapprochement possible avec une expérience préalable en vie réelle

Les caractéristiques du parcours médical de transition et ses conséquences sont d'une grande complexité. Des adultes trans témoignent du fait que, même dans le cadre d'une transition engagée après 40 ans, ils considèrent avoir été incapables de déchiffrer les complications du parcours de transition [15]. La difficulté est encore plus grande pour les mineurs. Comme le souligne l'étude de Levine, Abbruzzese et Mason « les jeunes transgenres se présentent généralement comme des personnes désirant ardemment des hormones et, en fin de compte, une intervention chirurgicale. Il ne faut pas présumer que leur empressement est assorti de la capacité d'examiner attentivement les conséquences de leurs désirs réalisés ». Au Royaume Uni, dans l'affaire Bell contre Tavistock, la Haute Cour de Londres a estimé que la clinique mettant en œuvre les traitements de transition (Tavistock and Portman NHS Foundation Trust) s'était efforcée de donner aux enfants et à leurs parents les informations les plus complètes et de la manière la plus adaptée à leur âge, mais que la difficulté n'était pas l'information donnée mais bien la capacité des enfants et des jeunes à comprendre et évaluer ces informations. Car, comme cela a pu être souligné par le sociologue Dominique Wolton, « il n'y a pas de lien direct entre l'augmentation du nombre d'informations et la compréhension du monde [...] L'information ne crée pas la communication » [16].

La Haute Cour de Londres a relevé que, pour donner un consentement valable, un mineur devait comprendre, retenir et évaluer les informations suivantes :

- « les conséquences immédiates du traitement en termes physiques et psychologiques ;
- le fait que la grande majorité des patients qui prennent des bloqueurs de puberté passent ensuite aux hormones du sexe opposé

et qu'ils sont donc sur la voie d'interventions médicales beaucoup plus importantes ;

- la relation entre la prise d'hormones du sexe opposé et la chirurgie ultérieure, avec les implications d'une telle chirurgie ;
- le fait que les hormones du sexe opposé pourraient bien conduire à une perte de fertilité ;
- l'impact des hormones du sexe opposé sur la fonction sexuelle ;
- l'impact que le fait de franchir cette étape du parcours thérapeutique pourrait avoir sur les relations futures et à vie ;
- les conséquences physiques inconnues de la prise des bloqueurs de puberté ;
- et le fait que les preuves de ce traitement sont encore très incertaines. »⁸

L'infirmité de ce jugement par la Cour d'appel d'Angleterre n'a pas remis en cause la pertinence des interrogations formulées par la Haute Cour. Au contraire, la Cour d'appel a reconnu l'existence de la controverse médicale relative à la prise en charge des enfants⁹ ; elle a également insisté sur la nécessité de « s'assurer que le consentement obtenu de l'enfant et des parents est correctement éclairé sur les avantages et les inconvénients du traitement proposé à la lumière de l'évolution de la recherche et de la compréhension des implications et des conséquences à long terme d'un tel traitement »¹⁰.

À la suite de ce premier procès, un rapport d'envergure a été commandé par le National Health Service (NHS) anglais, et les conclusions de ce rapport ont conduit, fin juillet 2022, à la décision de fermeture du service GIDS (prise en charge des enfants en questionnement de genre) de la clinique Tavistock par le NHS et l'adoption de recommandations pour une prise en charge différente et holistique des enfants [17,18].

Le Royaume-Uni s'attendrait désormais à ce qu'un millier de familles saisissent la justice britannique à l'encontre de GIDS pour négligence médicale, considérant que leurs enfants vulnérables ont été mal diagnostiqués et placés dans un parcours médical de transition préjudiciable [19].

Si un enfant peut comprendre le concept de fertilité ou celui d'épanouissement sexuel, peut-on considérer que cette compréhension théorique est suffisante au regard des implications du traitement médical pour sa vie d'adulte ?

Le mineur dont le corps est sain et auquel on propose un parcours médical, est-il en capacité d'appréhender ce que signifie devenir un patient à vie ?

Et quelle est la faculté de consentement des mineurs présentant un questionnement de genre, mais souffrant par ailleurs de problèmes de santé mentale et de troubles du développement neurologique tels que l'autisme (TSA) ou le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), ce qui est le cas d'une partie non négligeable de ceux pris en charge pour dysphorie de genre, comme le montrent les études de Levine et de Lisa Littman [20] ?

⁸ High Court of Justice, 1/12/2020, Quincy Bell ans A v. Tavistock and Portman NHS Trust and others, [2020] EWHC 3274 <https://www.judiciary.uk/judgments/r-on-the-application-of-quincy-bell-and-a-v-tavistock-and-portman-nhs-trust-and-others/> (§138)

⁹ Cour d'Appel d'Angleterre 17/09/2021, Bell and another v The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust and others, [2021]EWCA Civ 1363 <https://www.judiciary.uk/judgments/bell-and-another-v-the-tavistock-and-portman-nhs-foundation-trust-and-others/>, §3

¹⁰ Cour d'Appel d'Angleterre 17/09/2021, Bell and another v The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust and others, [2021]EWCA Civ 1363 <https://www.judiciary.uk/judgments/bell-and-another-v-the-tavistock-and-portman-nhs-foundation-trust-and-others/>, § 92

2.3. Les possibles pressions ou contraintes

Le consentement libre est non seulement le consentement éclairé, pris en connaissance de cause, mais aussi le consentement donné sans contrainte : ce critère de la liberté par rapport à toute pression ou contrainte, effective ou subjective, indispensable pour s'assurer de la qualité du consentement est également interrogé.

De nombreux mineurs recherchent des informations sur la transidentité sur les réseaux sociaux. L'influence de ceux-ci est indéniable [21], comme d'ailleurs dans les autres domaines médicaux ainsi que le souligne Sandrine Turkieltaub : « le savoir expert est concurrencé par l'accès à des informations multiples sur Internet ainsi qu'à des forums d'avis sur les réseaux sociaux, la santé n'échappant pas à la logique consumériste ». Pour les jeunes filles s'identifiant garçons à l'adolescence, il a été constaté notamment par la journaliste d'investigation américaine Abigail Shrier que « l'influence des pairs et l'exposition aux influenceurs trans omniprésents dans les médias sociaux jouent un rôle démesuré » [22,23]. Les influenceurs trans ont plusieurs centaines de milliers d'abonnés auxquels ils diffusent un contenu présentant le parcours médical sous un jour très favorable [24], et incitant les mineurs qui s'interrogent à suivre ce parcours. Ceux qui hésitent sont même parfois stigmatisés ou rejetés. Quelle est la liberté des mineurs séduits par des discours qui leur promettent l'apaisement et la résolution de tous leurs maux ?

La liberté des mineurs à consentir au parcours médical est également incertaine lorsqu'ils ont déjà effectué une transition dite « sociale », ce qui signifie un changement de prénom et une interpellation dans le genre revendiqué. Les analyses montrent que la transition sociale conduit à la transition médicale [25] et le témoignage des jeunes corrobore ces études : récemment une jeune fille ayant mis fin à sa transition relatait que sa dysphorie de genre s'était accrue du fait de sa transition sociale, son miroir lui renvoyant une image qui contrastait violemment avec le genre masculin qu'elle avait revendiqué et obtenu au lycée, avec ses amis, en famille. L'accroissement de cette dysphorie la poussait à la prise de testostérone et à la mastectomie, pour conformer l'apparence de son corps au genre dans lequel les tiers la considéraient désormais.

Enfin, quelle liberté de consentir à la prise d'hormones antagonistes (croisées) existe-t-il pour les mineurs mis sous bloqueurs de puberté depuis leur jeune âge, puisque les études réalisées (notamment celle du Dr Hrafnhildur Hjaltadóttir) montrent que 95 % à 100 % des enfants traités par bloqueurs se tournent vers la prise d'hormones antagonistes ?

2.4. L'impossibilité de se voir présenter des alternatives thérapeutiques envisageables ?

Donner son consentement éclairé implique de connaître les alternatives thérapeutiques envisageables. Mais peut-on encore présenter une alternative thérapeutique envisageable dès lors qu'il est revendiqué que la transidentité n'est pas une maladie et n'a rien de pathologique [26] ?

Le rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans de janvier 2022 affirme la « dépathologisation de la transidentité » et l'autodétermination des personnes seules à même de définir leur identité de genre. Lors du vote de la loi du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne¹¹, un nombre important de députés ont répété à la tribune que « la transidentité n'était pas une

¹¹ Article 225-4-13 du code pénal : « Les pratiques, comportements ou propos répétés visant à modifier ou à réprimer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne et ayant pour effet une altération de sa santé physique ou mentale sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30000 € d'amende ».

maladie ». La dernière version de la classification Internationale des maladies éditée par l'OMS (CIM 11) a transféré « l'incongruence de genre » du chapitre des affections psychiatriques vers celui de la santé sexuelle.

Peut-on alors encore proposer une alternative thérapeutique aux mineurs et de quel ordre ? En particulier, peut-on en France proposer en traitement de première intention, comme le recommandent tant l'Académie de médecine que d'éminents médecins, psychanalystes, psychologues et scientifiques [27,28], « une psychothérapie exploratoire qui n'est ni une affirmation ni une conversion ? ». Les militants trans-affirmatifs réclament qu'une telle alternative devienne impossible ; ils qualifient ces psychothérapies des thérapies de conversion passibles des sanctions prévues par la loi du 31 janvier 2022¹². Ils présentent les parcours de transition comme la seule voie, faute de quoi le mineur risquerait de se suicider. Comment dès lors le consentement pourrait-il être libre et éclairé si aucune alternative n'est proposée ?

3. Quid de l'appréciation du consentement selon les critères du Code de la santé publique si la transidentité n'est pas considérée comme une maladie ?

L'ensemble des textes de loi, jurisprudences, avis et commentaires cités ont tous trait à la définition de l'information à donner et à la recherche de la qualité du consentement pour des personnes malades¹³.

Or, comme il a été dit plus haut, selon les militants de la cause trans-affirmative, le parcours médical de transition ne se situe pas dans le champ de la maladie. Ils demandent ainsi dans le Rapport relatif à la santé et aux parcours de soin des personnes trans « de mettre en œuvre des moyens du champ médical non pas pour soigner une pathologie mais pour concrétiser le droit à disposer de soi-même ».

Dès lors, si la demande n'a plus pour objet des soins destinés à une personne malade, mais des « moyens médicaux » pour concrétiser un droit à disposer de soi-même, ne devrait-on pas considérer que l'on sort à la fois du champ médical et des règles particulières et propres qui s'y appliquent ? Rappelons ces règles : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui » (article 16-3 du Code Civil) et, encore, « aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux » (article R. 4127-41 du Code de la santé publique).

Peut-on considérer que le consentement donné par un mineur est valable dès lors qu'on sort du champ médical ? Un mineur peut-il consentir à une atteinte définitive à l'intégrité de son corps, par la prise d'hormones croisées alors qu'il n'y a pas de nécessité médicale, ou par la mastectomie pour les jeunes filles alors qu'il n'existe pas de motif médical très sérieux ?

Le consentement donné par un mineur à l'ablation d'un de ses membres sans motif médical serait considéré comme non valable et l'équipe médicale poursuivie pour mutilation. Ces règles ne devraient-elles pas être appliquées dès lors que le parcours de transition ne repose pas sur une nécessité médicale, faute de maladie,

et qu'il entraîne pourtant des atteintes irréversibles à l'intégrité du corps humain ?

Répondre par la négative à cette question au motif de l'existence d'une demande d'un mineur « à disposer de soi-même » et de son libre consentement, n'est-ce pas tomber dans le travers de la « sacralisation » du consentement ? La chercheuse et professeur de philosophie Michela Marzano met en garde : « à partir du moment où l'on « sacralise » le consentement, tout peut devenir légitime, même le meurtre. Pourquoi, en effet, ne pas aller jusqu'au bout du raisonnement et accepter comme légitime le fait qu'un individu en tue et en mange un autre si ce dernier lui donne son consentement ? (...) La loi pénale ne protège pas seulement les intérêts des particuliers, mais aussi l'ordre social. Si le consentement suffisait à rendre légitime tout acte, une société n'aurait plus la possibilité d'intervenir à chaque fois qu'un individu décide de porter volontairement atteinte à son intégrité personnelle ou à sa vie. (...) Au nom de quoi hospitaliser quelqu'un pour l'empêcher de se suicider, s'il consent volontairement à mettre fin à ses jours ? Au nom de quoi interdire l'excision des jeunes femmes consentantes ? Faire du consentement le seul critère capable de départager le légitime et l'illégitime au nom du respect des libertés fondamentales de l'être humain amène à vider de leur sens les droits de l'homme. » [29]

Enfin, peut-on vraiment considérer que les mineurs pourraient donner un consentement libre et éclairé aux parcours de transition médicale ? Les adultes, parents et médecins, qui se retranchent derrière le « consentement » des mineurs seront-ils crédibles lors que ceux-ci, ayant grandi et réalisant la portée des actes subis, les leur reprocheront ? On imagine mal qui que ce soit s'exonérer de ses responsabilités sous prétexte du « consentement » d'un enfant ou d'un adolescent.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Hervé Picard, Simon Jutant, Geneviève Gueydan Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans, remis le 15 janvier 2022. Auteur moral : Ministère des Solidarités et de la Santé: <https://www.vie-publique.fr/rapport/284386-transsexualite-sante-et-parcours-de-soins-des-personnes-trans>.
- [2] Stephen B. Levine E, Abbruzzese, Mason Julia W. Reconsidering informed consent for trans-identified children, adolescents, and young adults. *J Sex Marit Therap* 2022, <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221>.
- [3] Haute Autorité de Santé Recommandation de bonne pratique: Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2837675/fr/aide-a-la-redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-periode-d-observation-de-72-heures.
- [4] Avis 136 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, l'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin, 15 avril 2021: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis_#20136.pdf.
- [5] Turkieltaub S. Les pathologies guer(r)issables du consentement. *Vie sociale* 2021;33(1):61-77.
- [6] France Assos Santé la voix des usagers: Consentement éclairé et désignation d'une personne de confiance: <https://www.france-assos-sante.org/66-millions-dimpatients/patients-vous-avez-des-droits/consentement-aux-soins/>.
- [7] Pour ces controverses, voir notamment: Au Royaume Uni: les interrogations soulevées en juillet 2022 par le National Health Service (NHS) anglais système public de santé: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/>. - En France: le Communiqué de l'Académie nationale de Médecine (France) du 25 février 2022. <https://www.academie-medicine.fr/la-medicine-face-a-la-transidentite-de-gendre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/>. - Aux Etats-Unis: le Communiqué de février 2022 de l'Agence pour l'administration des soins de santé de Floride. https://ahca.myflorida.com/Executive/Communications/Press.Releases/pdf/6-2-22_AHCA.GAPMS.Press.Release.FINAL.pdf. En Suède: les Directives adoptées en 2021 concernant le traitement hormonal

¹² Codification à l'article L. 4163-11 du Code de la santé publique. Loi n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne

¹³ Les articles du Code de la Santé publique sont par exemple issus de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, dite « Loi Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Le CCNE note par exemple que « on pourrait ainsi proposer, en s'inspirant de la littérature internationale, quelques critères simples pour apprécier les capacités de discernement, par exemple, après avoir dûment informé la personne sur sa situation et sur les alternatives thérapeutiques, il s'agirait de vérifier : (1) que la personne comprend à grands traits sa situation (par exemple qu'elle est atteinte d'une maladie) », avis n° 136 déjà cité

- des mineurs atteints de dysphorie de genre en Suède: <https://segm.org/sites/default/files/Karolinska%20Guideline%20K2021-4144%20April%202021%20%28English%2C%20unofficial%20translation%29.pdf>.
- [8] Lettre du Docteur Cass au NHS anglais le 19 juillet 2022 et Rapport intermédiaire du Cass Review février 2022: <https://cass.independent-review.uk/publications/> et <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>.
- [9] Athéa N. les traitements hormonaux utilisés pour les adolescents en transition; 2021, <https://www.observatoirepetitesirene.org/files/ugd/49b30a.b7027bdd0464478493dceddfeb47b9d65.pdf>.
- [10] Hrafnhildur H. « Les effets des manipulations hormonales chez les enfants, adolescents et jeunes atteints de dysphorie de genre »; 2021. Disponible en français sur le site <https://www.womensdeclaration.com/en/country-info/iceland/>.
- [11] Recommandations du Conseil national de la santé et du bien-être suédois pour l'hormonothérapie de la dysphorie de genre chez les jeunes: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/pressuppdaterade-rekommendationer-for-hormonbehandling-vid-konsydysfori-hos-unga/>.
- [12] Tori R. Investigative Reporter. In: « we are just guinea pigs: Women describe trauma of transitioning as teenagers. Washington Examiner; 2022, <https://www.washingtonexaminer.com/restoring-america/community-family/we-are-just-guinea-pigs-women-describe-trauma-of-transitioning-as-teenagers>.
- [13] Adolescence et transition de genre pourquoi certains appellent à la patience; Code Source, podcast présenté par Jules Lavie, reportage d'Ambre Rosala: <https://podcasts.leparisien.fr/le-parisien-code-source/202205091631-adolescence-et-transition-de-genre-pourquoi-certains-appelle>.
- [14] Laure Daussey. Détransition: un tabou chez les militants LGBT », *Charlie Hebdo* édition 1532; 2021, <https://charliehebdo.fr/2021/12/societe/changement-de-sexe-finalement-cetait-mieux-avant/>.
- [15] Scott Newgent homme transgenre de 49 ans, interview de 2021: <https://www.observatoirepetitesirene.org/scott>.
- [16] Cynthia Fleury citant Dominique Wolton dans « Les pathologies de la démocratie, Paris, Fayard, 2005 », citation reprise par Sandrine Turkieltaub dans « Les pathologies guer(r)issables du consentement ». *Vie sociale* 2021;33(1):61-77.
- [17] Implementing advice from the Cass Review, NHS UK: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/>.
- [18] Cass H. Letter to NHS England; 2022, <https://cass.independent-review.uk/publications/>.
- [19] Hayward E. Tavistock gender clinic 'to be sued by 1000 families'. *The Times*; 2022, <https://www.thetimes.co.uk/article/tavistock-gender-clinic-to-be-sued-by-1-000-families-lbsw6k8zd>.
- [20] Littman Lisa. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. <https://journals.plos.org/Plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>; <https://journals.plos.org/2018/correction/19-mars-2019>.
- [21] Lepetit B. J'ai envie de m'aimer moi-même: à 19 ans, Sacha a décidé de redevenir Anna". *Le Parisien*; 2022, <https://www.leparisien.fr/societe/jai-des-regrets-mais-je-peux-vivre-avec-sacha-19-ans-va-redevenir-anna-03-05-2022-LPXN06KEXBFSBIOINY2B05XAA.php>.
- [22] Shrier A. Irreversible Damage. In: *The transgender craze seducing our daughters*". Regnery Publishing; 2020.
- [23] Shrier A. « Top trans doctors blow the whistle on 'sloppy' care; 2021 [Traduction en français par AMQG et Tradfem, « Abigail Shrier fait le point sur les inhibiteurs de puberté », 5 octobre 2021 : <https://tradfem.wordpress.com/2021/10/05/abigail-shrier-fait-le-point-sur-les-inhibiteurs-de-puberte/>].
- [24] Compte tiktok de l'influenceuse Jade.cve: <https://www.tiktok.com/@jade.cve>.
- [25] Society for evidence based gender medicine (SEGM). Early social gender transition in children is associated with high rates of transgender identity in early adolescence; 2022, <https://segm.org/early-social-gender-transition-persistence/>.
- [26] Preciado BMRP. "Pour le droit d'accompagner son enfant dans son identité de genre » *Tribune* parue dans *Libération*; 2022, <https://www.liberation.fr/idees-et-debats/pour-le-droit-daccompagner-son-enfant-dans-son-identite-de-genre-20220721-WQ3Z6KSAJJBARFIOTC3HMVHYGA/>.
- [27] D'Angelo R, Syrulnik E, Ayad S, et al. One size does not fit all: in support of psychotherapy for gender dysphoria. *Arch Sex Behav* 2021;50:7-16, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-020-01844-2>.
- [28] Recommandations du Conseil pour les choix en matière de santé en Finlande; 2020, https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors.Unofficial%20Translation.pdf.
- [29] Marzano M. Chapitre IV. Consentement et sexualité: la place du sujet. In: *Je consens, donc je suis... Éthique de l'autonomie sous la direction de Marzano Michela*. Presses Universitaires de France; 2006. p. 129-87.

